

*“Ti porterò soprattutto il silenzio e la pazienza, percorreremo assieme le vie che
portano all’essenza”*

Franco Battiato, La cura

INDICE:

PREMESSA	I
INTRODUZIONE	1
PARTE I- LE PROFESSIONI DI CURA	
Capitolo 1. Le professioni di cura	8
Capitolo 2. La salute e la malattia	18
Capitolo 3. I bisogni della persona	24
Capitolo 4. La professione infermieristica	34
PARTE II- LE VIRTU'	
Capitolo 1. Le virtu' filosofiche	42
Capitolo 2. Le virtu' teologiche	45
Capitolo 3. Le virtù nella pratica infermieristica	48
Capitolo 4. Una virtu' moderna: la resilienza	71
CONCLUSIONI.....	82
BIBLIOGRAFIA	85

Premessa: la scelta del tema come risultato di un infinito viaggio sul cammino della conoscenza

La decisione di affrontare questo tema, nasce dalla volontà di approfondire due dimensioni della professione infermieristica, purtroppo ancora molto sottovalutate nella importanza e nel significato che posseggono, essendo essa generalmente considerata una professione molto più pratica, che “teorica”. Esse sono la dimensione filosofica e quella antropologica, generalmente poco considerate o piuttosto, considerate non sufficientemente rilevanti per poter essere studiate ed esplorate. “Esplorare” è infatti il verbo e il termine con il significato più adatto a questo contesto, perché insiti al suo interno sono i concetti di profondità, di ricerca e di conoscenza. Si “Explora” dunque, si va oltre, ci si spinge aldilà di ciò che sia già noto, già scritto, già compiuto e ci si sposta in un’altra direzione. Ora bisognerebbe chiedersi: perché, il cambiare direzione diventa così significativo? Cosa lo rende tale agli occhi dell’uomo? La risposta a questa domanda può essere ricercata essenzialmente nel fatto che nei concetti di esplorare, progredire, divergere ci sia di fondo quello ancora più importante, che è il concetto di “sconosciuto” e dunque di “altro”, inteso come ignoto, come incerto, ma anche come sorprendente e affascinante. C’è, in questo, quello che Kierkegaard (Kierkegaard, 1972) aveva definito come “salto nella fede”, cioè una fiducia profonda in chi sia altro da noi e diverso, ciò, che sia altro da sé o perlomeno da ciò che si conosce, tenendosi strette le proprie (in)sicurezze. Ma è proprio questo che invita a fare la conoscenza e la sua ricerca: conoscere e conoscere l’altro, profondamente, intravedendo tra le pieghe delle sue emozioni, ricercando tra i suoni delle sue parole, percependo le sfumature dei suoi pensieri, a qualunque costo.

Paura quindi, ma anche curiosità di vedere, di capire, di conoscere. E sono esse stesse, che secondo la tradizione avrebbero spinto Ulisse ad andare oltre le “Colonne d’Ercole”. Fu “Quell’ardore di infinito”. (Di Martino, 2010)

«Né dolcezza di figlio né la pietà / del vecchio padre, né 'l debito amore / lo qual dovea Penelopè far lieta / vincer potero dentro a me l'ardore / ch'i' ebbi a divenir del mondo esperto / e de li vizi umani e del valore. / Ma misi me per l'alto mare aperto» (Inferno, XXVI, 94-100). (Alighieri, 2002)

Introduzione:

Nella premessa si è quindi chiarito il ruolo fondamentale della conoscenza, in relazione a quello che sarà il filo conduttore, nonché l'argomento principale di questo elaborato: le virtù. Si andrà infatti ad analizzare non solo il concetto di virtù ma anche tutto ciò che sia connesso ad essa, la sua storia, la sua evoluzione nel tempo, o piuttosto le sue diverse sfumature, come cioè sia cambiato il modo di intendere il significato del termine "virtù" non solo con il passare del tempo, ma anche quali siano le svariate virtù applicate in contesti diversi, specificamente in questo caso, alla professione infermieristica. Basti pensare già alla differenza presente tra virtù "laiche" e "teologali", di cui le prime sono probabilmente le più antiche e provengono prevalentemente dalla tradizione greca e in ogni caso precristiana, le altre appartengono invece proprio alla tradizione cristiana, anzi, per meglio dire, nascono con il cristianesimo e sono le cosiddette virtù teologali (fede, speranza e carità). Si esaminerà quindi la connotazione del concetto di virtù nel corso dei secoli considerata parallelamente ai mutamenti sociali. Si parta dunque dalla definizione di virtù, che non può essere intesa come una soltanto, dato che proprio il fatto che sia stata intesa diversamente nelle varie culture e realtà sociali rende impossibile prenderne in esame una tralasciando l'altra. Diremo quindi che ci sono molte definizioni di questo termine, alcune più fedeli alla sua etimologia, altre il cui significato si può meglio comprendere valutando di allargare il concetto originario e di applicarlo ad altri contesti.

La prima definizione di "virtù" di cui siano giunte notizie, è quella cosiddetta "alla latina", dal momento che la radice "vir" in latino rimanda a due diversi lemmi che devono essere considerati separatamente pur avendo a loro volta la stessa origine. C'è infatti il lemma "vis, roboris", che significa forza e prestanza fisica, ma anche prepotenza, assalto contro altri, il che può sembrare strano dato che la virtù ha in sé essenzialmente una accezione positiva, ma andando ad approfondire il tema si può notare come "la fortezza sia alla base di ogni virtù" e infatti lo stesso Rousseau arrivò a sostenere "non esiste virtù ove non v'è contrasto" (Pianigiani, 1907). Se si considera però il tema "vir" come derivante da "vir, viri", cioè uomo, si acquisisce un'altra importante informazione riguardo all'origine del termine e cioè il fatto che quando esso è stato coniato aveva già in sé insito il concetto di stesso di forza. La virtù, infatti, è

stata a lungo intesa come connotante valori esclusivamente maschili, come ad esempio il coraggio: le donne non erano considerate in questo ambito. Bisogna però sottolineare come la nascita della parola “virtù”, non coincida in realtà con la nascita del concetto di “virtù”, dato che esso affonda le sue radici in un terreno molto più lontano rispetto a Roma. Quando si parla di filosofia, infatti, aldilà di quanto poi i suoi studi siano arrivati lontano, bisogna sempre considerare che essa sia nata essenzialmente in Grecia, la quale verrà in seguito definita per questo motivo: “La culla della filosofia” e che risulterà sempre il più importante punto di riferimento in questa disciplina. Ciò è sostanzialmente dato dal fatto che a Roma non fu mai molto approfondito il suo studio, come invece quello dell’architettura e della giurisprudenza, che trovarono ivi grande fortuna. Mai la filosofia romana riuscirà ad eguagliare quella greca, ed essa verrà presa a modello nei secoli successivi fino ad oggi. In seguito con la nascita del Cristianesimo, anche la filosofia subirà profondi mutamenti e si arriverà a parlare di “filosofia cristiana”, la quale assume una grandissima importanza perché per la prima volta si tratta davvero quello che è il rapporto tra filosofia e teologia e anche in questo caso, si vedrà in capitolo ad essa dedicato, come sia cambiato nuovamente il concetto di virtù che con le precedenti correnti di pensiero ellenistiche avrà solo alcuni tratti in comune, mentre per certi versi se ne discosterà completamente, addirittura rinnegando e contrastando alcuni tra quelli che invece potevano essere considerati loro capisaldi. Arrivando invece a tempi più recenti, si viene a considerare la virtù nel “pensiero moderno”, intendendo con questa espressione un concetto storiografico, ovvero quel periodo che va dalla fase successiva all'età medievale e precedente all'età contemporanea, che riguarda un arco temporale di circa tre secoli compreso tra la seconda metà del XV secolo e gli inizi del XIX secolo. Nel pensiero moderno il concetto di virtù si sdoppia in due branche completamente opposte: da un lato ci si riferisce alla virtù intesa come esercitazione “spirituale” o “morale” che serve a contrastare il suo opposto, il vizio, il quale deve essere tenuto a bada rinunciando alle passioni e a tutto ciò che potrebbe esserci di fuorviante, inteso nel vero senso della parola, ovvero come qualcosa che porti fuori dalla cosiddetta “retta via”. Dall’altro la virtù viene intesa da altri autori come il più naturale istinto presente nell’uomo e che quindi deve anzi essere incoraggiata perché permette l’espressione di ciò che sia spontaneamente presente in esso. I principali esponenti per quanto riguarda la prima impostazione di pensiero, sono i libertini i quali

ritengono che la virtù sia «ogni atto con cui l'uomo, andando contro l'impulso della natura, ricerca il vantaggio degli altri, o la vittoria sulle sue passioni, per un'ambizione razionale di essere buono» (De Mandeville, 2012)

In seguito, invece, si comincerà sempre di più a vedere la virtù come ispirata dalla voce della coscienza e dall'amore di Dio. Solo questi due fattori spingono l'uomo verso la perfetta armonia, per il suo stesso bene e per quello dell'universo. Lo stesso istinto alla virtù secondo David Hume e Adam Smith è quello della "simpatia". Hume, infatti, nel suo "Trattato sulla natura umana" sostiene che:

«Le nostre sensazioni nelle relazioni con gli altri (e le azioni sono valutabili moralmente in rapporto ad altri uomini), non possono essere ridotte a una dimensione esclusivamente egoistica: ciò che noi proviamo è condizionato sempre da ciò che provano gli altri in conseguenza delle nostre azioni.» (Hume, 2001)

Da qui si arriverà al concetto di "anima bella" proposto da Friedrich Schiller, secondo cui c'è un sostanziale esercizio di fondo dell'uomo verso la virtù, il quale però risulta essere spontaneo e naturale, non forzato da norme o leggi esterne (Schiller, 2010). In questo Schiller viene però molto influenzato da Kant il quale identifica la virtù con la repressione delle passioni e va poi ad eseguire un'importante distinzione tra "dottrina del diritto" e "dottrina delle virtù" (Kant, 1996). La differenza tra le due sta nel fatto che quando si parla di diritto, si parla di fatto di legge giuridica, che spinge l'uomo a sottostarvi prendendo per assunto ciò che essa prescrive e portandolo così a seguirla solo "esteriormente", senza che ci sia però un reale interrogarsi dell'uomo stesso sul motivo del proprio agire. Quando si parla invece di "dottrina delle virtù", entra in gioco la morale, ovvero l'insieme di norme che definisce l'agire umano. Essa è "ciò che concerne il presupposto spirituale dei comportamenti dell'uomo, specialmente in rapporto con la scelta e il criterio di giudizio nei confronti dei due criteri antitetici di bene e male. È il complesso dei principi dal punto di vista religioso o filosofico che definisca tale presupposto e qualsiasi comportamento o atteggiamento, personale o collettivo che a tali principi si uniformi o meno" (Devoto, 2010). Kant svilupperà così il concetto di "imperativo categorico", secondo cui la virtù consiste nel sottostare della volontà, allo stesso. Viene primariamente introdotto nella "Fondazione della metafisica dei costumi" e rappresenta la prescrizione di un valore oggettivo, al contrario delle

massime che sono invece prescrizioni di valore puramente soggettivo che ogni individuo può far proprie. L'imperativo al contrario è valido per chiunque e ordina un dovere in senso incondizionato a prescindere dal fine. Si esprime con la forma "tu devi" e la sua formula dice: "agisci in modo che la massima della tua volontà possa sempre valere come principio di una legislazione universale" cioè facendo in modo che le azioni di ognuno valgano come legge personale. Oltre a questa ci sono però anche altre due importanti formule che esprimono perfettamente questo concetto: una recita "agisci in modo da trattare la tua umanità sia nella tua persona che in quella di ogni altro, sempre anche come fine e mai come mezzo" ed indica la necessità di rispettare la dignità altrui oltre che la propria, facendo così in modo di non ridurre l'altro ad un mero mezzo per raggiungere i propri scopi. La terza ed ultima formula presa in considerazione dichiara: "la volontà in base alla massima possa considerare sé stessa come universalmente legislatrice" ed è ugualmente se non addirittura più importante delle precedenti, dato che in questo caso la volontà è indicata come "autonoma", perché il comando morale non è il frutto di un imperativo costrittivo, ma semplicemente il risultato della sottomissione alla volontà razionale, che risulta spontaneo dato che consiste poi in realtà nella semplice obbedienza nei confronti di sé stessi. L'etica kantiana sarà in seguito messa in discussione da un altro grande filosofo del pensiero moderno: Georg Wilhelm Friedrich Hegel. Egli nel suo capolavoro "Fenomenologia dello spirito" (Hegel, 2008), tratta molto approfonditamente il tema della virtù, la quale viene incarnata da colui indicato come "Il cavaliere della virtù". Secondo quanto riportato dall'autore, il bene non è raggiungibile dall'uomo solo, ovvero da colui che autonomamente cerchi di raggiungerla lontano dagli altri e per questo il concetto di "morale" intesa alla maniera kantiana, viene da egli espresso come designante qualcosa che non possa sussistere e che sia in qualche modo destinata a fallire, perché l'unica forma di Virtù pensabile è quella "diretta" dallo Stato, praticamente unico garante di essa, ma "il cavaliere della virtù" la sceglie ugualmente come guida del suo agire e di conseguenza, non considerando quella che invece è l'inclinazione del momento e del sentimento, finisce per fallire miseramente, senz'ombra di salvezza, scontrandosi, come un Don Chisciotte con i suoi mulini a vento, con la realtà e dunque con la sua stessa ricerca di una integerrima morale.

È stata quindi trattata l'evoluzione del concetto di virtù nel corso dei secoli, ma ci sarà modo di approfondirne alcuni aspetti, successivamente, andando ad illustrare il ruolo della virtù nella professione infermieristica, partendo da una attenta analisi iniziale, di quelle che sono più in generale le virtù nelle professioni di cura o di aiuto, avendo prima premura di spiegare cosa si intenda quando si parla di professioni di cura e quali siano le caratteristiche comuni tra loro. Da dove derivano le cosiddette "virtù delle pratiche di cura"? Ma soprattutto, perché il professionista, di fronte alla possibilità di scegliere tra il semplice agire e l'agire virtuoso, dovrebbe propendere per la seconda opzione? Cosa cioè, più semplicemente, rende un professionista ed un agire virtuosi? Ebbene, si cercherà con questa tesi di rispondere alle domande di cui sopra, partendo non solo dalle origini del concetto di virtù, ma anche dalle origini delle professioni di cura, che continuano ad offrire interessanti spunti, nonostante siano antichissime. Le prime testimonianze riguardo a processi di assistenza e cura giungono infatti già dalla preistoria pur non potendosi ancora ovviamente parlare di "professioni". Questo è però un importantissimo indizio che fa capire come la relazione sociale, in seguito di assistenza e che evolverà in relazione di cura successivamente, sia stata ricercata dall'uomo molto, molto prima della nascita delle civiltà. Per questo, in conclusione di quanto detto riguardo alla definizione del termine "virtù", si può affermare come, alla luce delle considerazioni fatte, forse la più esplicativa tra le tante proposte nel corso dei secoli sia quella che la identifichi come "*costrutto sociale*", che muta in relazione ad una cultura di riferimento. Il che risponde perfettamente anche alla definizione di "costruzionismo sociale" o "costruzione sociale della realtà", concetti che appartengono alla branca della sociologia e delle scienze sociali, secondo cui una società sviluppi una conoscenza del mondo sulla base di ipotesi, tesi, quindi di assunti, congiunti e condivisi da un insieme di individui, sulla base appunto, di quella "cultura di riferimento" sopracitata. È importante però anche precisare, in aggiunta a ciò, che ancora prima dei concetti di cura e di "virtù nella cura", c'è quello di "comunicazione", la quale viene a costituirsi come prima, ma ancor meglio primordiale forma di relazione tra gli uomini. Non a caso, dunque, il "costruzionismo sociale" ha alle fondamenta le teorie sulla comunicazione, fondamentali per comprendere i meccanismi che regolino lo scambio di idee all'interno di un gruppo di individui che proprio grazie alla comunicazione riescono a creare e a crearsi una condivisa "realtà sociale".

In aggiunta a tutto ciò, sarà inoltre interessante valutare e tentare di comprendere analizzandoli, i meccanismi secondo cui le diverse discipline si intreccino dando come risultato un “unicum”, la cui esistenza è data solo dall’incrocio di tante materie diverse, tra cui non esiste primato: nessuna è più importante dell’altra o merita maggiore considerazione rispetto ad un’altra. È meraviglioso quindi vedere come filosofia, psicologia, antropologia, sociologia e altre tra loro, si incontrino e creino un organismo indipendente che presenta caratteristiche dell’una e dell’altra disciplina e che può essere forse ancor meglio designato come “somma delle parti”, in cui cioè alcun addendo, parlando matematicamente, può essere considerato separatamente, ma solo come facente parte, o meglio, come parte integrante di un unico e solo, complesso, ma meraviglioso sistema: l’essere umano. L’obiettivo dell’elaborato sarà allora proprio quello di dimostrare quanto l’utilizzo delle virtù sia fondamentale in una professione come quella infermieristica, specialmente considerandola alla luce dei cambiamenti sociali che si sono succeduti negli ultimi anni, il che ha portato ad un profondo cambiamento per quello che riguarda la visione dell’infermiere. Egli è passato dall’essere un esecutore di procedure o mansioni, all’essere un professionista autonomo che in quelle stesse procedure può utilizzare il proprio pensiero critico, valutando cosa meglio fare in ciascuna situazione. Questo ha rappresentato una svolta e si può di conseguenza affermare che il principale passaggio sia avvenuto nel momento in cui l’agire è diventato riflessione e l’abilità competenza. È stato esattamente questo che ha portato ad una sempre maggiore crescita dell’importanza del ruolo che ricoprisse la virtù per gli infermieri, la quale ha portato all’unione di azione ed etica, creando una nuova figura, che è quella dell’“agente morale” e di conseguenza alla creazione di una nuovo ambito di grande rilievo, che racchiuda entrambi gli aspetti. Esso è quello della cosiddetta “competenza morale” di cui si parlerà meglio in seguito e che ha al contempo una accezione tecnica ma anche filosofica, dato che la morale è uno dei più importanti aspetti della filosofia insieme all’etica. Si cercherà inoltre di illustrare quali siano le virtù principali che l’infermiere “virtuoso” dovrebbe possedere per essere considerato tale, quali siano quindi quelle che possano essere considerate davvero come le virtù “cardine” della professione.

L’elaborato è una revisione narrativa eseguita utilizzando materiale proveniente da fonti diverse: sono stati usati articoli, libri e pubblicazioni su piattaforme online. In

particolare, gli articoli utilizzati provengono per la maggior parte dal motore di ricerca “Pub Med”: le stringhe di ricerca utilizzate sono state “virtue” and “nursing”, virtue and nursing, “virtue” and “ethic” and “nursing”, “virtues in nursing practice”. Si è scelto un intervallo temporale di 20 anni, utilizzando come parole chiave: “virtue”, “nursing”, “ethic”.

PARTE I- LA PROFESSIONE DI CURA

Capitolo 1: le professioni di cura

Nelle pagine precedenti sono stati illustrati i principali temi di questa tesi. In questo primo paragrafo, che apre la prima delle due parti in cui l'elaborato è stato diviso, si va ad illustrare cosa si intenda con professione di aiuto e cosa con professione di cura, cercando di capire se le due definizioni siano sovrapponibili oppure se designino ognuna un diverso ambito. Quello che è certo, è che entrambe le accezioni sono accomunate dal presupposto della presenza dell'Altro, il che a prima vista potrebbe portare a pensare che esse siano simili, ad esempio, alle professioni commerciali in cui ugualmente ci si trovi ad interfacciarsi con un'altra persona che però in questo caso non è un paziente, ma un "cliente", ovvero qualcuno che si debba convincere a comprare qualcosa e il cui rapporto è prettamente commerciale. Questo non ha niente a che vedere con le professioni di cura e di aiuto che vengono distinte da tutte le altre per la presenza di una dedizione di fondo da parte del professionista nei confronti di quello che in questo caso è un paziente, un Altro che viene identificato come tale in un processo che dovrebbe essere tendenzialmente di soggettivizzazione ma a volte, può diventare di oggettivizzazione (in seguito si vedrà come avvenga l'una e come l'altra), all'interno della relazione di cura e nel tempo, il quale all'interno della relazione diviene a sua volta esso stesso, "tempo di cura". Quali quindi le professioni di aiuto e quali quelle di cura? La risposta a questa domanda potrebbe risultare complessa, in quanto come già detto, sono davvero minime le differenze tra le due categorie. Per distinguerle quindi diremo che sostanzialmente le professioni di aiuto sono quelle di ordine psicologico, ovvero lo psicologo, lo psicanalista, lo psichiatra, il counselor e lo psicoterapeuta, ove tra psicologo, psicoterapeuta e psicanalista sono presenti solo differenze minime che riguardano i metodi di azione, quindi ad esempio lo psicanalista è uno psicoterapeuta specializzato in psicanalisi, un processo di cura psicologico con durata molto lunga, che prevede appunto l'analisi psichica dell'assistito partendo da eventi risalenti alla prima infanzia. Lo psicoterapeuta è un altro professionista appartenente alla medesima disciplina specializzatosi con appositi corsi in psicoterapia. Non può, come anche i precedenti, prescrivere farmaci e deve per questo, in caso di necessità, affidarsi alla collaborazione con uno psichiatra, che è un medico ed è quindi a ciò autorizzato. Lo psichiatra studia, previene, cura e riabilita i pazienti affetti da disturbi mentali intesi

come anomalia del SNC, con un approccio che può essere definito appunto medico-scientifico (nella depressione, ad esempio, come anche in molte altre patologie psichiatriche, si è ormai concordi nel dire che oltre a cause sociali e psicologiche, ci siano anche quelle biologiche). Il counselor invece, si distingue dagli altri per vari motivi: il primo è per la durata degli studi che è di tre anni e per l'accesso alla "scuola di counselling" che è previsto quasi sempre solo se si ha già un diploma universitario. Il secondo motivo riguarda invece la durata del rapporto utente-professionista che di solito è piuttosto limitata e si esplica in circa dieci incontri in cui il counselor segue la persona per uno specifico problema, risolto il quale la loro relazione volge al termine. Il terzo ed ultimo aspetto che rende il counselling diverso dalle altre professioni di aiuto sopracitate è il fatto che a differenza delle precedenti, questa professione non ha un albo o un codice deontologico a cui il professionista, ma soprattutto il paziente possa fare riferimento per capire come la persona a cui egli si sia affidato, stia agendo, ovvero più precisamente per capire se stia agendo secondo scienza e coscienza. L'albo professionale, infatti, è fondamentale in primis perché sancisce l'appartenenza del professionista ad un ordine, ma anche perché la sua iscrizione allo stesso tempo è automatica garanzia di requisiti immancabili come il superamento di un esame di Stato o di abilitazione e il possesso di una fedina penale immacolata che garantiscono la professionalità del soggetto. Per quanto riguarda invece il codice deontologico esso rappresenta una immancabile guida a tutela della categoria professionale deve attenervisi per il corretto agire, e dei pazienti. Il suo obiettivo, quindi, non è il comportamento del lavoratore, ma il suo comportamento virtuoso, messo in atto tramite norme e disposizioni a cui egli dovrà fare riferimento in qualsiasi momento. Accanto alle professioni di aiuto, come già accennato, sono presenti anche le professioni di cura, le quali possono quasi essere sovrapponibili alle altre, ma volendo in ogni caso trovare una differenza ed un modo per distinguerle, si potrà dire che essa risieda essenzialmente nell'oggetto di cura, che nel caso delle professioni di aiuto è la psiche, la mente e i suoi meccanismi di funzionamento in relazione a fattori interni e stimoli esterni, mentre nel caso delle professioni di cura è il corpo. Esse vengono generalmente indicate come professioni sanitarie e riguardano maggiormente la salute fisica della persona. Ci sono però sicuramente alcune considerazioni da fare a riguardo: la prima è che, quando si parla di professioni sanitarie, nonostante la prima figura che possa venire in mente sia il

medico, in realtà oggi esse designano anche altri professionisti, per la maggior parte accomunati da una formazione triennale, con laurea professionalizzante e abilitante all'attività lavorativa. Essi sono ad esempio l'ostetrica, la logopedista, l'igienista dentale, la dietista, ma soprattutto l'infermiere. La seconda considerazione che appare rilevante fare, se ci si concentra sul modo stesso in cui queste professioni vengano indicate si nota che l'aggettivo che le designa è in realtà valido anche per le precedenti, quelle di aiuto. Il termine "sanitario" infatti ha al suo interno la radice "san-" che rimanda ovviamente all'aggettivo "sano". Andando ad approfondire l'etimologia di questo termine si può notare che tra i significati proposti, in latino, come anche in greco, c'è oltre quello di "sano" inteso come in salute, anche quello di "salvo" inteso come al riparo da insidie e pericoli, da cui si è poi sviluppato il proverbio "essere sano e salvo", il quale distingue i due lemmi, il cui significato era originariamente pressoché sovrapponibile. Questo può essere visto come una conferma di ciò che era stato detto all'inizio, ovvero che, dato che sia le professioni d'aiuto sia quelle di cura hanno come fine la salute del paziente e per diretta associazione anche la sua salvezza, intesa come salvezza dalla malattia e dalla sofferenza (*salus, salutis* in latino significa salvezza), aldilà delle minime differenze di cui si è fatta menzione in precedenza, è possibile considerarle congiuntamente. Da questi concetti si è partiti per svilupparne uno ancora più importante che è quello di "cura". Che cosa si intende con essa e quali sono le sue caratteristiche principali? Secondo Mortari e Valbusa (Mortari & Valbusa, 2020) esse sarebbero essenzialmente cinque:

- a) la cura è un fenomeno essenziale e irrinunciabile, ontologicamente costitutivo della condizione umana;
- b) l'essenza della cura si esprime in posture dell'esserci che sono definibili come virtù;
- c) se agire secondo virtù è essenzialmente etico perché risponde all'esigenza, ontologicamente radicata nell'essere umano, di cercare il modo migliore di esserci nel mondo, allora la cura è etica nella sua essenza;
- d) l'educazione all'etica può essere interpretata come educazione all'etica delle virtù nell'orizzonte della cura.

Oltre a ciò, bisogna anche considerare un altro fondamentale aspetto, che è quello della direzionalità della cura, ovvero a chi essa sia rivolta. Infatti, anche se a prima vista esso potrebbe sembrare scontato, approfondendolo ci si accorge presto che poi in realtà non lo è affatto. Ciò è da attribuire alla complessità di un tema come la cura, nonché alla sua vastità e profondità: esso ha moltissime sfumature e sfaccettature, che lo hanno reso uno dei temi più approfonditi fin dai tempi più antichi. Si diceva quindi, direzionalità della cura, ove con questo termine si sta ad indicare non solo a chi o a cosa essa sia rivolta, ma anche in quale modo lo sia. Si va cioè a considerare “quale direzione essa prenda”, in termini di relazione e di approccio con l’Altro. In particolare “la cura come *qerapeia* è quella che ripara le ferite dell’esserci, quando il corpo o l’anima si ammalano. Si differenzia dalla cura come *iatreia*, altra parola greca usata per indicare la cura, perché quest’ultima definisce esclusivamente l’attività esercitata dai medici per curare le affezioni del corpo fisico; la *qerapeia*, invece, considera la persona nella sua complessità, come anima corporea e corpo spirituale. Separare le due dimensioni, corpo e anima, è un errore fenomenologico, che non tiene conto dell’essenza dell’umano: siamo materia spirituale e sostanza corporea, e per questo motivo chi agisce professioni terapeutiche deve tener conto del fatto che ogni intervento sul corpo dell’altro è un intervento sulla carne della sua anima. [...] e si percepisce così in una condizione di passività rispetto al proprio divenire. Una seconda direzionalità è quella identificata con la parola greca *merimna*: si tratta della cura che preserva l’esserci. Infine, c’è la cura come *epimeleia*, quella che fa fiorire la vita: è la cura di sé, socraticamente intesa come cura della propria anima affinché acquisisca la forma migliore possibile (Platone, Apologia di Socrate, 30 B), e la cura educativa, socraticamente intesa come la cura che l’educatore è chiamato ad avere dell’altro affinché apprenda ad aver cura di sé (Platone, Apologia di Socrate, 36 B)” (Mortari & Valbusa, 2020). A sostegno delle considerazioni appena fatte, riporto di seguito l’etimologia della parola “cura” (tema toccato precedentemente), la quale si rende già di per sé perfettamente esplicativa dei concetti sopra espressi.

CURA: Sostantivo femminile, ad etimologia doppia. Esso deriva dal latino CURA e più anticamente ancora da COERA O COIRA riconducibile all’ organo “cuore”,

associazione eseguita dagli etimologisti che l'hanno ricongiunta al muscolo, proprio "quia cor-urat" cioè poiché scalda il cuore o lo "consuma" per la sofferenza connessa alla malattia o al dolore della persona cara (in latino "esse curae o cordi alicui- doppio dativo – stare a cuore a qualcuno, quindi indirettamente essere motivo di preoccupazione per qualcuno) La seconda etimologia è da attribuire alla radice KU-KAU, osservare, guardare attentamente, da cui poi l'aggettivo cauto, il verbo latino "cavere" (fare attenzione). È estremamente interessante notare inoltre anche altri riscontri in numerosi ceppi linguistici apparentemente molto diversi tra loro, ma con accezioni di significati legati e correlati strettamente (l'antico slavo cu-ti= conoscere, il lituano ca-voti= guardare, il russo cu-jati = ascoltare, il tedesco antico scaw-on e moderno schau-en= osservare). Il sostantivo oltre ad avere una doppia etimologia ha tra l'altro anche una doppio significato con una accezione positiva e negativa: se infatti da una parte indica una premurosa e scrupolosa attenzione nei confronti di qualcosa o di qualcuno, dall'altra è sinonimo di apprensione, pensiero molesto, preoccupazione e affanno. Due facce della stessa medaglia, dunque, in cui bene e male coesistono, convivono e si completano l'un l'altro, proprio come i due elementi o i due soggetti coinvolti, l'uno non sussisterebbe senza l'altro. È però importante sottolineare come in realtà non sia l'unico termine appartenente al campo semantico della cura appunto, ad avere un significato ambivalente: basti pensa al concetto stesso di farmaco: in greco, come anche in latino il farmaco è la medicina, ma anche il veleno (*ta farmaka* = gli unguenti curativi ma anche velenosi, in latino venenum, stesso significato- aureum venenum = veleno d'oro). È infatti stato dimostrato come nel termine stesso di "farmaco" sia già intrinsecamente contenuto il concetto di cura, (coptico pahre o fahri = rimedio/veleno + egiziano mak = cura). Un esempio è anche il nome stesso del farmaco "curaro" che viene utilizzato oggi nelle pratiche di miorilassamento anestesilogico, ma in passato veniva usato come potente veleno che immobilizzava la muscolatura respiratoria, portando così la vittima a morte certa, molto velocemente. (Pianigiani, 1907)

Questa rappresentazione è solamente uno degli esempi che introduce un tema fondamentale di questa tesi: il tema del doppio, il quale è stato trattato da moltissime discipline, di ogni ambito, di ogni tipo: le umanistiche, le tecniche e le scientifiche, rendendolo forse uno dei più approfonditi nel corso degli anni. Cosa rende un tema

come quello del doppio così interessante agli occhi di letterati e scienziati? La risposta a questa domanda è da ricercare essenzialmente nel fatto che postulando di un concetto la presenza di una eventuale duplicità, si deve di conseguenza anche accettare la convivenza tra elementi diametralmente opposti. Troviamo quindi la vita e la morte, la salute e la malattia, l'inizio e la fine, il bene e il male e così via, l'elenco è molto lungo. In questo senso, quindi, risulta interessante l'interrogativo che l'antropologo Felice Di Lernia pone riguardo al tema del doppio, ma più specificamente ad esso posto in correlazione con quello della cura, il quale indubbiamente fa riflettere il lettore: la cura va intesa più come promessa o come minaccia? (Di Lerina, 2008) In questo interrogativo si può cogliere un aspetto fondamentale di questo tema, ovvero la sua duplicità, la compresenza in esso di bene e male, una lotta o forse meglio più un tacito e sotteso equilibrio tra i due, che si instaura con la nascita del concetto stesso di cura e che fa intrinsecamente parte di esso, prendendo le mosse da concetti ancor più antichi che ne sono la base: quelli di vita e morte. Infatti, non bisogna dimenticare che “a rendere ontologicamente fondamentale il lavoro di cura è anche la nostra costitutiva vulnerabilità, connessa all'inaggirabile relazionalità della nostra condizione. È proprio il dipendere da altro da sé, infatti, che ci rende vulnerabili: le azioni e le parole dell'altro possono nutrire ma anche minacciare il nostro essere. I legami relazionali che si traducono in un'asimmetrica dipendenza dagli altri hanno come corrispettivo la possibilità di trasformarsi in rapporti di potere: essere bisognosi degli altri può tradursi nella possibilità, da parte degli altri, di manipolare a loro favore questa bisognosità, all'interno di relazioni che indeboliscono ancora di più il nostro essere anziché proteggerlo e farlo fiorire. Tuttavia, nonostante le relazioni che intessiamo possano rivelarsi rischiose per il nostro essere, degli incontri con gli altri non possiamo fare a meno: ciò che dà più senso alla vita, infatti, sono proprio i beni relazionali, e proprio per questo la vita non può che tradursi nella ricerca e nella coltivazione di quelle relazioni di cura autentica, che sappiamo farla sentire protetta e farla fiorire al meglio.” (Mortari & Valbusa, 2020)

È importante però sottolineare anche, come il concetto di “altro” e di contrario sia presente non solo in maniera astratta, ma anche concreta, ovvero nella realtà. Se si pensa infatti ad una tipica scena in cui sono coinvolti il paziente ed il professionista sanitario, egli si trova sempre davanti al paziente ed il più esplicito esempio è quello

dell'ostetrica, l'etimologia del cui nome deriva proprio dal latino "obstetrix" ovvero "colei che sta davanti", inteso come "davanti" alla partoriente. Questo paragone spiega perfettamente quello che accade pressoché in tutte le professioni ma soprattutto in tutte le pratiche di cura: chi cura e chi è curato appaiono opposti tra loro e nella maggior parte dei casi c'è una profonda asimmetria di rapporto o meglio di relazione, caratteristica che si può affermare faccia intrinsecamente parte di essa. La relazione di cura, "si struttura infatti sempre come asimmetrica e, proprio per questo, chiede la massima responsabilità: si tratta di essere responsabili per la situazione dell'altro, che da noi dipende per la soddisfazione di un bisogno o la realizzazione di una potenzialità d'essere. Se nella relazione terapeutica chi ha cura si fa carico totalmente dei bisogni dell'altro, nella relazione educativa chi ha cura mette l'altro nelle condizioni di imparare a realizzare in autonomia i propri bisogni. Infine, si è in presenza di un fenomeno di cura laddove la pratica è guidata dall'intenzione di produrre beneficio all'altro; tale intenzione può essere di tipo proattivo, cioè finalizzata alla ricerca del bene altrui, o protettivo, cioè finalizzata a riparare la vita da ogni forma di male." (Mortari & Valbusa, 2020). Nel libro "Ho perso le parole - Potere e dominio nelle pratiche di cura" scritto dall'antropologo Felice Di Lernia, la relazione di cura viene designata come avente le seguenti caratteristiche:

- A. Ad essere in relazione sono due parti, non necessariamente due persone, potremmo dire due ruoli o due status.
- B. Queste due parti son in gioco in un campo di azione il cui senso è noto al contesto di immersione nella relazione.
- C. La relazione è asimmetrica in quanto le due parti sono in posizione di reciprocità
- D. Compito esplicito di una delle due parti è favorire il cambiamento evolutivo dell'altra parte in una qualsiasi dimensione della sua esistenza.
- E. A tale compito è culturalmente attribuita una valenza professionale.
- F. È sufficiente e necessario che le suddette condizioni siano note alla SOLA parte che cura.

Come afferma Boella: “tutto inizia con l’apparizione di un essere, che impone ai miei movimenti verso di lui o di lei il limite e la legge dell’esistenza di un altro nello spazio del mondo in cui vivo. L’emozione dell’incontro è questo: lo sconvolgimento, lo stupore, la sorpresa, derivanti dal nascere di una ricerca destata dall’apparizione dell’altro. (...) Vivere l’emozione dell’incontro vuol dire scoprirsi di colpo dentro la relazione. L’interdipendenza tra me e l’altro ne rappresenta il cuore di carne, che non posso governare con gli strumenti consueti della percezione, della vista, del tatto e dell’udito o dell’accumulo di dati, di informazioni”. (Mercuri, 2018)

Ci si chiede quindi: chi osserva chi? Interrogativo complesso. Ciò è dato dal fatto che nella domanda “Chi osserva chi?” bisogna soffermarsi e riflettere sul concetto dell’osservare, il quale a dispetto di quello che si potrebbe pensare, risulta più come un’azione a senso unico: il fatto che ci si guardi negli occhi in modo reciproco è solo il risultato di un tacito accordo tra chi osserva e chi è osservato, il quale permette all’altro di farlo. Reciprocità diventa così possibilità e di conseguenza potere, il potere che l’osservato detiene e che solo apparentemente è nelle mani dell’osservatore. Il tema del potere come si vedrà successivamente, è alla base delle relazioni di cura ed insieme al dominio, il quale è anche questo insito in esse e va a costituire la relazione stessa. Ciò è dato dal fatto che “un altro tratto caratteristico della condizione umana è la fragilità, infatti [...] non ci è dato il potere di passare dal niente all’essere, come non ci è dato sapere fino a quando la nostra permanenza nell’essere è destinata a durare: l’enigmaticità della nostra origine e della nostra fine è consustanziale al vivere, e la percezione dell’incombente della possibilità che, da un momento all’altro, l’esserci possa venire meno fa dell’angoscia un sentimento ontologico (Heidegger, 1976; Lévinas, 1997). [...] La fragilità della vita si evidenzia anche nella consapevolezza che la forza vitale possa consumarsi, fino a venire meno; in queste situazioni, la cura si esprime attraverso gesti e pensieri capaci di nutrire l’anima, per farla sentire nuovamente capace di trovare nell’esperienza occasioni di rinascita. A tutto ciò si aggiunge la condizione ontologica di incompiutezza: la mancanza d’essere, che ci caratterizza dalla nascita alla fine dei nostri giorni, ci rende in un continuo stato di bisogno. Siamo esseri mancanti di una forma, chiamati per tutta la vita al compito di modellarla nel tempo: il nostro essere è un «essere nella possibilità» (Stein, 1999, p. 71). La domanda sulla nostra identità essenziale: ‘Chi sono?’ si traduce

immediatamente nella domanda sulla nostra formazione: ‘Come diventare chi si è?’ (De Monticelli, 2009, pp. 307 e segg.; Valbusa, 2017, pp. 35 e segg.). [...] La relazionalità, la vulnerabilità, la fragilità e l’incompiutezza sono le caratteristiche della condizione umana che rendono l’aver cura un fenomeno essenziale e irrinunciabile: in questo senso, si può parlare di primarietà ontologica della cura (Mortari, 2015, 2019a).” (Mortari & Valbusa, 2020). Alla luce di tutto questo è possibile affermare che non sia errato sostenere che più che semplicemente di cura, si debba piuttosto parlare di “pratiche di cura”, le quali “intese insieme come modo di agire e di pensare, offrono la chiave di intelligibilità per la costituzione correlativa del soggetto e dell’oggetto.” (Di Lerina, 2008). A questo punto ci si potrebbe chiedere perché denominarle pratiche e non teorie: la risposta è da ricercare di nuovo nel concetto di relazione, infatti come scrive Di Lernia *“occuparsi di teorie di cura, significherebbe occuparsi di come le relazioni dovrebbero essere. Le pratiche invece si danno nel completo agire delle relazioni, nel come “realmente sono” [...] perché a discutere di teoria si rischia sempre di perdersi nella ricerca di una coerenza teoretica fine a sé stessa. Lo studio delle pratiche invece lungi dal configurarsi come accanimento fenomenologico consente di agganciare la riflessione complessiva ad un livello di analisi che è fondamentale nella cura delle persone.”* (Di Lerina, 2008). Si potrebbe dire quindi che “La qualità essenziale della cura è quella di essere una pratica: c’è cura soltanto laddove c’è una persona che agisce, con i gesti o con le parole. Tali gesti e parole sono accompagnati da pensieri e sentimenti di cura, poiché l’azione di cura è sempre cognitivamente ed emozionalmente densa” (Mortari & Valbusa, 2020). È quindi chiaro ora il perché della scelta del termine “pratica” e non “teoria”, ma esso è da ricercarsi, nell’etimologia delle due parole: il termine pratica deriva dal greco *“prassw, prattw”*, che uno dei cosiddetti “verbi tecnici”, i quali vengono definiti così perché vengono utilizzati in contesti particolari per la loro forte valenza di significato. Il verbo *prassw* che è molto utilizzato nella lingua greca ha insito al suo interno il significato di “costruire”, “creare”, ma viene generalmente tradotto con il semplice “fare”. È importante però cogliere la sfumatura di significato all’interno del verbo: esso infatti indica il “fare”, ma a differenza di *“poiew”* che indica un fare “creativo”, il verbo *“prassw”* ne indica uno che viene definito dai

linguisti “operativo”, ovvero che indica l’operare, che sottolinea il proposito e la messa in atto e viene per questo anche molto utilizzato nell’ambito della politica. Al contrario il termine “teoria deriva dal greco “*theora*” che ha un significato completamente opposto rispetto al verbo precedente, poiché indica l’osservare (ritorna il concetto dell’osservazione presentato poc’anzi), il guardare, ma senza l’agire. Da esso è derivata anche la parola “teatro” che è letteralmente il “posto in cui si guarda” e a questo punto non è poi più così tanto difficile capire perché quando si parla di cura, si scelga di parlare di pratiche e non di teorie. Alla luce di questo si può quindi piuttosto affermare, che sono le teorie stesse ad essere o meglio a diventare poi in corso d’opera, “teatri” di pratiche, le quali si articolano, si snodano e si plasmano da sé in una danza di parole e gesti con meccanismi complessi, sul loro grande palco, il palco dell’esperienza e della conoscenza. Quando si parla di cura, cosa c’è dunque di più plasmabile, di più forgiabile, di una relazione? A questo proposito, tornano così in mente di nuovo le parole di Di Lernia, che risultano particolarmente calzanti alla luce delle considerazioni fatte. Egli, infatti, prosegue il discorso cominciato precedentemente e sostiene che “Le pratiche si costituiscono quali implicazioni di idee implicite. La relazione, il tipo di vincolo finalistico che lega le due parti, sarebbe quindi costituita da tre diversi livelli di significato: a monte un grappolo di saperi impliciti, a valle una pratica concreta, sullo sfondo, una teoria di riferimento. Mentre monte e valle stanno tra loro in un collegamento necessario, la teoria resta sullo sfondo come una scenografia: può essere adeguata allo scopo di “giustificare” le pratiche, può risultare congruente con lo spirito di queste, può addirittura rivelarsi efficace nel contribuire al raggiungimento dello scopo, ma resta in ogni caso legata alle pratiche da un nesso di tipo arbitrario [...] e molti professionisti sono indotti a credere, che sia la teoria la fonte di ogni pratica o esperienza. È invece l’a-priori a dettare le condizioni di possibilità, anche della teoria stessa. [...] Perché queste (le pratiche) e non le teorie, ci consentono di indagare in maniera più veritiera quei saperi impliciti che costituiscono la matrice antropologica di ogni pratica di cura.” (Di Lernia, 2008). Pratiche, e ancora, sempre, pratiche, piuttosto che teorie: questo, è dunque ormai chiaro.

Capitolo 2. Salute e malattia

Introduciamo due temi: la salute e la malattia. La loro rilevanza deriva dal fatto che essi rappresentano ciò che di più antico esista e che nasce sostanzialmente con l'uomo. Si era parlato infatti in precedenza di quanto antiche fossero le origini del concetto di "assistenza" e di "cura", ma andando a soffermarsi su questi concetti, si può notare come quelli di "salute" e "malattia", affondino le loro radici ancora più in profondità rispetto ad esse. Come infatti si può parlare di cura, senza aver chiarito chi si curi? È importante in primis chiarire che la risposta a questo interrogativo non può essere unica, poiché il chi e il cosa si curi devono essere distinti e per questo motivo per il momento si procederà con il prendere in considerazione solo la seconda parte della domanda. Si cercherà quindi di capire quale sia l'oggetto della cura e per fare ciò si comincerà ad analizzare il concetto di malattia.

Partendo dalle origini e studiando un po' la storia del termine si vede come la sua concezione nel tempo sia cambiata ed è stato proprio questo che ha portato alla creazione dei cosiddetti "modelli" di salute e di conseguenza anche di malattia. In seguito, si è cercato di definire ancor meglio la concezione di malattia, ma ciò nella lingua italiana è meno visibile dal punto di vista linguistico, per cui viene presa in considerazione la definizione basata sul termine latino "inaptus", secondo cui essa sarebbe designata come un "cattivo adattamento", ma ci sono anche altre interpretazioni di essa, come ad esempio quella che vede il termine "malato" come derivante da "mal-actio", cioè azione sbagliata che provoca quindi il morbo. Nella lingua inglese esistono tre diversi termini per indicarla:

- **Illness**: è l'esperienza di malattia vissuta dal paziente, quindi ci si colloca qui, in quella che viene definita come "dimensione soggettiva" della malattia. Di Lernia dice: "la malattia nella vita, la malattia come mondo" (Di Lernia, 2008)

e questo rende perfettamente l'idea di cosa essa diventi per il paziente, in un'accezione quasi totalizzante nella maggior parte dei casi.

- **Disease:** è la patologia vera e propria, intesa come “male del corpo”, che deve essere curata dal medico. La dimensione è quella oggettiva, in quanto essa viene vista come deviazione della normalità biologica e proprio questo permette ai medici di misurarla, categorizzarla e analizzarla scientificamente, cosa che nell' *illness* non potrebbe essere fatta perché in quel caso bisognerebbe andare a valutare quantitativamente l'esperienza di malattia e ciò risulterebbe essere impossibile.

- **Sickness:** indica la malattia come “condizione sociale”. Essa cioè non è più riconosciuta solo dal medico o dal paziente, ma anche dalla società: diventa “res pubblica” intesa nell'originario significato dei termini, cioè diventa affare sociale, della società, appunto. Tutta la collettività, quindi, è chiamata a considerarla, per questo essa viene anche indicata come “il percepito della società”. In questo si può rivelare davvero molto calzante il significato etimologico della parola società, la quale originariamente indicava “un'alleanza” o una “collaborazione” ed è proprio questa alleanza questo sentire comune che ci porta a tradurre infine il termine “sickness” come quello che Battiato chiama “sentimento popolare”, qualcosa di unanimemente condiviso alla cui base vi è l'empatia.

Questa importante distinzione va però intesa a sua volta considerando alla base un concetto fondamentale: quello di corporeità. Quando si legge la definizione di questa parola si nota subito come essa racchiuda al suo interno un doppio significato: da una parte, infatti, l'aggettivo latino “corporeus” da cui essa deriva, indica *l'aver* corpo, ma dall'altra anche *l'essere* corpo e questo è importante perché permette di distinguere altri due concetti, ovvero quello di “leib” che viene indicato come *corpo vissuto* e quello di “korper” che indica invece il *corpo anatomico*. Essere persona ed essere corpo quindi. Parlare in senso “riduttivamente biologico” del corpo, rimanda ad una visione meccanicistica dell'uomo e del corpo. Il meccanicismo infatti è una concezione filosofica di tipo materialistico che tende a “ridurre” l'essenza dell'uomo, ad una macchina. Questa corrente di pensiero identifica così l'uomo come un insieme di organi. Cartesio è il principale esponente di questa corrente. Egli, infatti, svilupperà i

concetti di “res cogitans” e “res extensa”, in cui la prima può essere definita come maggiormente spirituale, essendo intesa come realtà psichica. La res extensa invece è caratterizzata da un meccanicismo deterministico assoluto, che riguarda la materia umana, ma anche gli animali diversi dall’uomo, visti come pure macchine. Come far quindi combaciare res cogitans e res extensa nell’uomo? Ebbene, Cartesio ovvierà al “problema” del dualismo, rimettendo la comunicazione tra le due alla presenza della ghiandola pineale, la moderna epifisi, definendola “*la principale sede dell’anima*”. E sarà proprio di questo che si occuperà il filosofo Gabriel Marcel criticando la separazione di origine cartesiana tra soggetto ed oggetto, racchiudendo in una breve massima il suo pensiero: “io sono il mio corpo” (Marcel, 1927) intendendo in realtà: la mia malattia, non è il mio corpo, ove corpo vada inteso ovviamente sì come *korper*, ma soprattutto come *leib*, come corpo vissuto, la propria essenza, il proprio migliore Habitus. Tutti iniziamo a dare significato al nostre essere nati esseri umani individui e sessuati scoprendoci in relazione gli uni con gli altri. Questo perché “il corpo gioca un ruolo importante nella intersoggettività sin dalla sua formazione, come corpo visibile, nella sua dimensione spazio-temporale, e come corpo invisibile, sua immagine inconscia che si è venuta a creare con gli scambi relazionali sin dalla più tenera età”. (Mercuri, 2018)

Ed ora l’altra faccia della medaglia, si diceva: la salute. La sua definizione è stata modificata nel corso degli anni a causa dei mutamenti che si sono succeduti nella società e che hanno portato alla definizione di sempre nuovi modelli di salute che fossero via via più calzanti. Il concetto di salute infatti, come già detto, ha origini antichissime, si potrebbe affermare che esso sia nato con l’uomo come bisogno fondamentale. Quando poi il turbamento dell’equilibrio della salute ha portato alla malattia, è nata l’assistenza, ma soprattutto è nata la cura. La salute è identificata da sempre come una generale e originaria armonia che però non potrebbe esistere se non fosse presente il suo opposto, la disarmonia, la mancanza di ordine ed equilibrio. La civiltà egizia rimarrà famosa per il grande contributo fornito alla medicina e alla cura della persona, perché gli egizi sono stati i primi a parlare di salute e di “pratiche di cura”. Per loro la salute è al centro e vista come “fonte di ogni bene” e sarà proprio questa centralità della salute che gli varrà l’“epiteto” di “sanissimi” attribuitogli da Erodoto, ma già nell’Odissea Omero dice: “la loro terra è fertile e produce moltissimi

farmaci, lì ogni persona è un medico”. Infatti, i medici egizi possono essere considerati i primi “medici specializzati” della storia. Essi avevano studiato l’anatomia umana, tramite la dissezione ed erano arrivati a pronunciare le prime diagnosi che si erano poi spesso rivelate corrette. Un’altra importante innovazione, infine, riguarda quella della creazione di una figura denominata “ut”, destinata al supporto del medico, che potrebbe essere identificata come un antenato del moderno infermiere, pur non essendo ancora considerati terapeuti. Questo aspetto segna un passaggio fondamentale, poiché per la prima volta si passa dalla assistenza “familiare” o “religiosa” quindi basata sulla tradizione e su pratiche tramandate oralmente (nella maggior parte senza alcun fondamento scientifico), ad una assistenza che si potrebbe definire “professionale”, ovvero effettuata da professionisti, persone formate ed istruite che agiscano secondo i dettami della scienza e non solo dell’esperienza, arginando pratiche magiche o legate alla superstizione. Oltre agli egizi però, la civiltà greca, ha fornito un importante contributo al concetto di salute. Originariamente, in Grecia la salute era considerata, come un dono degli dèi e di conseguenza la malattia come punizione, quindi vista più come un fenomeno magico- religioso che come uno scientifico. Si pensava cioè che la malattia colpisse prima di tutto l’anima oltre che ovviamente il corpo, a causa dei peccati commessi dalla persona e che quindi la “cura” per essa, risiedesse nel perdono divino che avrebbe potuto così liberare la malattia dal corpo, ma innanzitutto l’anima dal peccato. Questa concezione di malattia, nonostante i progressi scientifici fatti negli anni, resterà molto radicata e avrà il suo acme con l’avvento della religione cristiana secondo cui per salvare un’anima dannata dal peccato, l’unica “medicina” sia il perdono di Dio, che ha punito il fedele per le sue colpe, le quali esso deve espiare. È proprio la Grecia a vantare di aver dato i natali al grande Ippocrate, il medico che passerà alla storia per il grandissimo contributo dato alla medicina, nonché per la modernità delle sue pratiche e teorie, che risultano ancora oggi perfettamente attuali, ma il primo vero cambiamento si è avuto dal momento che egli è riuscito a modificare la prospettiva nella visione della salute ponendo come base il principio “*noswn fuseis ihtroi*” ovvero la natura è curatrice della malattia, che deriva dalla concezione per cui all’interno dell’organismo ci sarebbe una forza molto potente in grado di riportare l’armonia qualora la malattia causi degli squilibri. Il tutto sta quindi nell’utilizzare questa forza che può perciò essere definita “forza curatrice”, dato che la malattia come

anche la salute non sono frutto di interventi divini, ma derivano dalla persona stessa. Nell'antica Roma però, le innovative scoperte greche, non saranno ben viste e si continuerà per molti anni ad essere sospettosi e a non vedere di buon occhio i medici greci. Ci vorranno poi Cesare ed Augusto per far sì che essi vengano accettati dalla società e che venga riconosciuta la loro professionalità. Così per molti anni essi godranno della fiducia dei loro pazienti, venendo rispettati nel loro ruolo. Con la caduta dell'Impero Romano nel 476, ci sarà un grosso decadimento e una grave regressione rispetto alle innovazioni apportate precedentemente e la medicina riacquisirà quei caratteri di religiosità che forse non erano mai davvero profondamente stati eliminati, ma solo temporaneamente messi da parte. Sarà dunque la Chiesa a gestire, scuole e università di medicina, assumendone il pieno controllo, ma in seguito, nel Rinascimento si avrà un sostanziale ritorno all'uso del metodo scientifico, abbandonando anche se non completamente i principi religiosi. E sarà questa la linea di azione su cui si proseguirà fino all'epoca moderna, in particolare nel Settecento, nascerà il modello biomedico che coinciderà con la nascita della società industriale, il quale risulta ancora molto attuale, se non che però, nel XX secolo ci sarà di nuovo una involuzione che porterà ad una visione molto più limitata e ristretta rispetto alla precedente, ovvero verrà abbandonato il modello biomedico che verrà in seguito denominato come olistico, mentre verrà piuttosto incoraggiato quello biologico, ossia quello secondo il quale al centro non c'è più l'uomo, ma la sua malattia, la quale discende da una disfunzione di uno specifico organo o sistema e deve quindi essere presa in considerazione solo nel campo circoscritto dell'organo che riguarda. Una visione molto limitata dunque, che ha accompagnato la medicina per moltissimi anni fino ad oggi e solo molto recentemente si è ricominciato a pensare di considerare l'uomo in quella visione olistica e completa che ormai da troppo tempo era stata messa da parte. Nel Ventesimo Secolo l'OMS, ha coniato una definizione di salute come stato di equilibrio psico-fisico e sociale che risulta molto coerente con la concezione olistica della stessa, che prevede un'unione di corpo, psiche e interazione con il mondo (la relazione sociale). La salute è quindi l'intero e a questo proposito ritornano in mente le parole di Hegel, che dicono "il vero è l'intero". Questa visione della salute però, è molto antica e risale addirittura a prima dei greci. "In sanscrito infatti esiste un segno, Salvas, che significa intero, ma è equivalente

al nostro, sano. Anche la parola inglese “health” ha una genesi simile perché deriva dal greco holos ovvero tutto, totale, completo” (Di Lerina, 2008) .

Questa visione in anni recenti ha ampliato l’orizzonte verso le attività di promozione della salute e di prevenzione, volte in primis alla “protezione” dell’individuo dalla patologia. Il concetto di “promozione della salute” era già stato teorizzato in precedenza, ma verrà definitivamente introdotto nel 1986 con la Carta di Ottawa e secondo la definizione OMS, essa viene definita come “il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e migliorarla”. Essa ha dunque una accezione positiva, poiché è sviluppata a partire dal concetto di salute, al contrario della prevenzione, che invece consiste in interventi mirati ad evitare l’insorgenza di malattie, a tre diversi livelli di gravità. Alla base di tutto secondo gli ultimi sviluppi in materia, ci sono i determinanti della salute che vengono considerati fondamentali per il raggiungimento di un soddisfacente stato di salute. Essi sono fattori, che vengono racchiusi in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali svantaggianti o avvantaggianti, lavoro e stile di vita, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali, nonché fattori genetici.

Capitolo 3. I bisogni della persona

Si va ora a trattare un altro tema che è quello dei bisogni della persona che, come anche i precedenti temi toccati, (la cura, la salute e la malattia), hanno radici molto profonde e si potrebbe per questo dire che siano nati con l'uomo stesso. Essi sono molteplici e nel corso del tempo sono stati oggetto di numerosi studi in molte branche diverse, da quelle scientifiche a quelle umanistiche. Prima di capire però sulla base di cosa siano stati distinti e classificati i diversi bisogni, è necessario chiarire in che cosa essi consistano. Le definizioni ricercate, pur essendo molteplici le fonti, risultano simili: il bisogno, viene quindi solitamente indicato come una mancanza, una necessità ed è spesso unito ad un complemento di specificazione. Ne esistono di diversi tipi (collettivi, sociali, fisiologici, fisiopatologici). Viene anche indicato come l'opportunità che un atto venga compiuto e spesso unito ad un verbo. Ciò che è molto interessante notare è che etimologicamente il termine significhi "cura" derivando dal franco "bisunnia" che diventerà poi nel moderno francese "soin" ovvero appunto "cura", ma anche "attenzione" o "premura". Il concetto stesso di cura è intrinsecamente presente in quello di "bisogno", va da sé quindi che alla luce delle considerazioni fatte, parlare di "bisogno di cura", se si considera il termine da un punto di vista prettamente etimologico, risulterebbe ridondante, ma di fatto è poi proprio su questo che è basata l'assistenza infermieristica come anche tutte le altre professioni d'aiuto e di cura, le quali esistono esattamente per questo motivo, ovvero sono costruite sui bisogni della persona senza i quali esse non sussisterebbero. Tendenzialmente, quindi, il bisogno risulterebbe come ostacolo al raggiungimento del benessere fisico e psichico di una persona, ma è importante sottolineare che la mancanza, o meglio, la percezione della stessa, non

sempre è quella che poi determina la ricerca di ciò che manca. Quindi lo stimolo che si ha nel ricercarlo può non bastare per arrivare all'azione vera e propria, ma soprattutto definitiva, di raggiungere lo scopo. Nello stesso tempo i bisogni sono scatenati non solo ove ci sia consapevolezza degli stessi, ma anche da pulsioni istintive, che però non siano correlabili ad una carenza effettiva e vengono quindi sviluppati a prescindere da essa. Uno dei primi studiosi a trattare questo tema è stato, nel 1938, Henry Murray, il quale lo ha approfondito analizzandolo in chiave psicologica e lo ha direttamente correlato con il concetto di "motivazione", la quale risulta ad esso complementare, ovvero il bisogno sarebbe generato da uno stimolo, che poi porterebbe ad agire di conseguenza. Successivamente a Murray un altro che darà un importante contributo nello studio dei bisogni della persona sarà lo psicologo americano Abraham Maslow che tra il 1943 e il 1954 creerà anch'esso, come anche Murray aveva fatto precedentemente, una tassonomia dei bisogni e la indicherà come "Hierarchy of Needs" ovvero gerarchia dei bisogni, ove l'idea del termine "gerarchia" verrà resa perfettamente con la creazione di una piramide al cui interno sono inseriti a livelli diversi, tutti i bisogni dell'uomo. Partendo dal primo livello quindi l'uomo "sale" i gradini della piramide interfacciandosi con bisogni via via più complessi e articolati. Al primo stadio si trovano infatti i bisogni fisiologici che consistono nel mangiare, respirare, dormire e nell'omeostasi, salendo poi al secondo stadio ci sono i cosiddetti "bisogni di sicurezza" che comprendono la sicurezza familiare, ovvero un nucleo familiare solido e stabile, quella fisica e occupazionale o lavorativa, quella morale che consiste nel possesso di valori e quella denominata "di proprietà". Al terzo stadio ci sono i bisogni di appartenenza ovvero quelli che riguardano l'affettività, l'amicizia, ma anche l'attività sessuale, in seguito si arriva al quarto stadio in cui si trovano i bisogni di stima che comprendono quelli di autostima, autocontrollo, realizzazione, affetto reciproco. Per concludere infine al quinto stadio e ultimo gradino della piramide ci sono i bisogni di autorealizzazione di cui fanno parte la moralità, creatività, spontaneità, problem solving, accettazione, assenza di pregiudizi. Alla base della creazione della piramide c'è la concezione di Maslow secondo cui la spinta che va a motivare l'individuo sia solo interna e già intrinsecamente presente in esso. La motivazione, infatti, dipenderebbe da competenze e valori personali dell'uomo. I fattori esterni non avrebbero quindi alcun ruolo nel determinare uno stimolo dell'individuo nei confronti di una necessità.

Secondo Maslow, inoltre, la persona non può avere più bisogni insieme, ovvero non può avere bisogno contemporaneamente di qualcosa che appartenga a livelli diversi della piramide. In aggiunta a ciò, egli sostiene che i bisogni fisiologici una volta soddisfatti non si ripresentino più, per questo vengono anche definiti anelastici, ovvero la loro domanda non varia nel tempo, al contrario invece di quelli che riguardano l'autorealizzazione e quindi anche quelli sociali e relazionali, che ritornano spesso più intensi di prima, cioè con un livello di ambizioni più alto e questo li rende sempre più difficili da raggiungere; per questo Maslow sostiene che siano necessarie caratteristiche e competenze personali molto particolari. Nonostante però la fama che la piramide ha guadagnato con il passare del tempo, essa non è stata esente da critiche. Lo psicologo americano, infatti, verrà criticato per una visione dei bisogni dell'uomo, definita troppo limitata per la sua semplicità. Ovvero ci sarebbe una eccessiva semplificazione dei bisogni che quindi verrebbero più visti come funzionali e quindi atti a garantire alla persona la sopravvivenza, piuttosto che permettere poi in aggiunta ad essa una affermazione anche dal punto di vista sociale. Oltre a ciò anche la gerarchia stessa e quindi l'organizzazione strutturale interna alla piramide verrà vista come eccessivamente rigida, dato che il concetto di fondo era che ogni individuo dovesse percepire i bisogni nell'ordine prestabilito, ma di fatto poi adattando lo schema alla realtà ci si è resi conto che la successione dei livelli potesse non corrispondere in modo oggettivo a quello che sentissero personalmente i soggetti e che quindi non fosse sufficientemente congruente con la realtà. Per questo egli nel 1968, apporterà delle modifiche al lavoro originale aggiungendo altre categorie. Oggi pur venendo ancora molto utilizzata, la piramide di Maslow risulta sotto certi punti di vista obsoleta, per questo è importante considerare anche la sua evoluzione. Anthony Robbins ha infatti approfondito il tema dei bisogni e ne ha identificati degli altri che però non sono come nella piramide, organizzati gerarchicamente, bensì vengono considerati tutti uguali nella loro importanza, ovvero un individuo potrebbe avere più necessità di soddisfare un bisogno piuttosto che un altro, ma questo non rende nessuno dei due meno importante rispetto all'altro. Egli identifica 6 bisogni di cui 4 fondamentali e 2 superiori che sono: il bisogno di sicurezza, di varietà, di importanza, di amore, di crescita e di contributo. Tutto ciò che noi facciamo secondo Robbins avrebbe quindi come scopo quello di soddisfare gli stessi.

Il tema dei bisogni è stato affrontato anche nell'ambito infermieristico ed alcune teoriche lo hanno messo al centro dei loro studi. Esse sono Virginia Henderson, Dorothea Orem e l'italiana Marisa Cantarelli e pur avendo elaborato teorie diverse a riguardo hanno in comune il fatto di ritenere che mettere al centro il concetto di bisogno sia fondamentale per la definizione della figura dell'infermiere e il suo ruolo nei confronti del paziente, poiché essa è costruita sul bisogno. Virginia Henderson sostiene che il ruolo del professionista sia quindi quello di supplire alle mancanze del paziente, intese come ciò che lo limita nel raggiungimento della sua indipendenza. I suoi bisogni sono molteplici e appartengono a sfere diverse: ci sono quelli fisiologici, psicologici, spirituali, sociali, ma ovviamente bisogna prendere in considerazione anche il fatto che quando si parla di indipendenza, essa possa essere un concetto molto relativo, ovvero quello che potrebbe essere un grado di indipendenza raggiungibile da un paziente, potrebbe al contrario non esserlo da un altro, con altre esigenze. Secondo la Henderson esisterebbero 14 componenti essenziali che andrebbero a definire poi i bisogni stessi della persona:

1. Respirare normalmente
2. Alimentarsi e bere in modo adeguato.
3. Eliminare le scorie
4. Muoversi e mantenere la posizione eretta
5. Dormire e riposare
6. Vestirsi
7. Mantenere una corretta temperatura corporea
8. Provvedere all'igiene personale
9. Evitare pericoli ambientali e danneggiare gli altri
10. Comunicare con gli altri esternando emozioni, bisogni, timori, opinioni
11. Praticare la propria religione
12. Dedicarsi a lavoro e occupazione che procuri soddisfazione
13. Giocare o partecipare ad attività ricreative
14. Imparare, scoprire, soddisfare la curiosità che porta al normale sviluppo della personalità e alla salute.

Le sue teorie verranno prese a modello e approfondite da molti altri studiosi di questa branca, per la loro importanza e innovazione, rendendo la Henderson una figura di riferimento quando si parla di bisogni e indipendenza.

Un'altra teorica molto importante in questo ambito è stata Dorothea Orem, a cui va l'importante merito di aver reso la professione infermieristica una professione intellettuale e non solo tecnica. Essa ha elaborato la teoria del "Self care" anche detta "Deficit nursing theory" ovvero la teoria del deficit del self-care, che in italiano potrebbe essere tradotta come "deficit nel prendersi cura di sé", più che come "deficit nella cura di sé", dato che in inglese i due verbi "to cure" e "to care", vengono distinti e il primo indica il curare da un punto di vista prettamente clinico, mentre il secondo indica più un prendersi cura della persona nella sua totalità. Alla base ci sarebbe quindi anche in questo caso una mancanza e un bisogno del paziente che dovrebbe essere soddisfatto: egli infatti sarebbe tendenzialmente in grado di provvedere a sé stesso e colmare i propri vuoti ove ce ne sia necessità, ma nel momento in cui dovesse subentrare la patologia, le cose potrebbero cambiare, portando la persona a rendersi conto di non poter più soddisfare i propri bisogni ed è proprio adesso che subentra l'infermiere, il professionista intellettuale per eccellenza secondo la Orem, colui che dovrebbe aiutare l'assistito, anche in questo caso come dice anche la Henderson, a riacquisire la propria indipendenza e dunque la propria autonomia, utilizzando a seconda della situazione strumenti diversi e modellando l'assistenza sulla base del paziente stesso, evitando di servirsi di modelli precostituiti, che non potrebbero comunque mai essere adattabili indiscriminatamente ad ogni persona.

Un'altra teorica che si va a prendere in considerazione è Marisa Cantarelli, rimasta famosa anch'essa per il grande contributo fornito a questo tema, la quale ha elaborato il "Modello delle Prestazioni Infermieristiche". Alla base, come anche in altre teorie ci sono i quattro elementi: persona, ambiente, salute e assistenza infermieristica. Essi sono elementi concreti che permettono di applicare le teorie alla realtà e di passare quindi dalla teoria alla pratica, tenendo come caposaldo principale che al centro di tutto c'è l'uomo, identificato come una complessa macchina che al suo interno vede l'interazione di più componenti e più sistemi, per questo spesso viene presa a riferimento proprio la teoria dei sistemi, secondo cui la somma delle parti singole, sia maggiore rispetto all'intero. L'uomo infatti è visto come un sistema che sia aperto e in diretta interazione

con l'ambiente e con gli altri uomini. Aristotele dice a questo proposito infatti: "l'uomo è un animale sociale in quanto tende ad aggregarsi con altri individui e a costituire una società" (Aristotele, 2007) e proprio questa frase racchiude perfettamente anche il fulcro del concetto sovraesposto, ovvero quello secondo cui sarebbe impossibile considerare l'uomo come un elemento unico, una monade leibniziana indipendente dal resto. L'infermiere, dunque, deve identificare e provvedere in autonomia ai bisogni del paziente, attuando conseguentemente interventi di cui è responsabile e di cui dovrà verificare la riuscita. Questo è fondamentale perché la mancata soddisfazione di un bisogno può avere conseguenze molto negative per l'uomo creando uno stato di insoddisfazione continua che va a perpetrarsi nel tempo creando un pericoloso circolo vizioso. Ed è proprio quello che sosteneva il filosofo Shopenhauer, ovvero che il bisogno non soddisfatto in aggiunta all'insoddisfazione di cui si parlava prima, genera anche una insofferenza che presto va poi a trasformarsi in dolore. Al contrario quando invece la mancanza viene colmata, esso si trasforma in piacere, dato essenzialmente da una realizzazione di sé. Quando si parla di bisogni, non si può inoltre non citare il fondamentale lavoro svolto da un'altra teorica, Marjory Gordon, la quale ha elaborato un sistema di undici modelli, che è poi il più utilizzato per l'accertamento, quando si ha il primo contatto col paziente. La Gordon ha sviluppato una serie di indicazioni che ha poi appunto chiamato modelli, le quali servono per guidare l'infermiere nell'inquadramento delle problematiche della persona, per arrivare poi alla formulazione di una diagnosi denominata anche modello disfunzionale, che può essere considerata un punto di arrivo, dato che è il risultato dell'accertamento, ma anche come il vero e proprio punto di partenza da cui iniziare, poiché permette di sviluppare conseguentemente obiettivi e interventi. Ma cosa rende i modelli così importanti? Ebbene, la risposta può essere individuata essenzialmente nel fatto che uno dei problemi più significativi all'interno della professione infermieristica riguarda la mancanza di una uniformità per quanto riguarda l'accertamento, "ovvero la mancanza di un modello che il professionista possa prendere a riferimento e che possa essere universale. La standardizzazione in questo caso è fondamentale per essere certi di raggiungere risultati soddisfacenti e poter riuscire a creare una pianificazione specifica per ogni assistito, senza il rischio di aver tralasciato nulla e di aver preso in considerazione tutti gli aspetti necessari. La standardizzazione però non implica necessariamente un approccio

interpersonale o una relazione infermiere- paziente standardizzati [...]. Essa richiede una attenta considerazione delle questioni correlate e delle conseguenze. [...] Inoltre, le aree di modello della salute riservano ulteriori vantaggi: in primis, non devono essere continuamente riapprese. La loro applicazione si espande con l'accumularsi della conoscenza clinica all'interno dell'ambito della pratica o della specialità infermieristica o, nel caso degli studenti, all'interno delle specialità infermieristiche in cui s'imbattono. Oltre a ciò, esse, conducono direttamente alle diagnosi infermieristiche. Sono anche caratterizzate da un approccio olistico all'accertamento funzionale umano in ogni settore e per ogni gruppo d'età in un qualunque momento del continuum salute-malattia. Incorporano i concetti di interazione persona-ambiente, di età/livello di sviluppo, di salute-malattia e di cultura, secondo la visione olistica dei modelli di vita dinamici. Inoltre, guidano la raccolta delle informazioni sulla vita dell'assistito, della famiglia o della comunità e sulla loro esperienza degli eventi e dei problemi correlati alla salute e alla sua gestione. (Marconcini, 2016)

MODELLO	DESCRIZIONE
1. percezione e di gestione della salute	Descrive il modello di salute e di benessere percepito dalla persona e le modalità di gestione della salute.
2. nutrizionale e metabolico	Descrive il modello di assunzione di cibo e di liquidi correlato agli indicatori del fabbisogno metabolico nei vari distretti dell'organismo.
3. eliminazione	Descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, vescica e cute).
4. attività e di esercizio fisico	Descrive i modelli dell'esercizio fisico, di altre attività, del tempo libero e delle attività ricreative.
5. riposo e di sonno	Descrive i modelli di sonno, riposo e rilassamento.
6. cognitivo e percettivo	Descrive i modelli sensoriale-percettivo e cognitivo.
7. percezione di sé-concetto di sé	Descrive il modello delle relazioni e delle responsabilità correlate al ruolo della persona.
8. ruoli e di relazioni	Descrive il modello delle relazioni e delle responsabilità correlate al ruolo della persona
9. sessualità e di riproduzione	Descrive i modelli di soddisfazione e insoddisfazione della persona correlati alla sfera della sessualità;

	descrive il modello riproduttivo.
10. coping e di tolleranza allo stress	Descrive il modello generale di coping della persona e l'efficacia del modello in termini di tolleranza allo stress.
11. valori e di convinzioni	Descrive i modelli dei valori, delle convinzioni (comprese quelle spirituali) e gli obiettivi che orientano le scelte o le decisioni

Tabella 2. Gli 11 modelli di Gordon

La capacità dell'infermiere che a questo punto diviene fondamentale, è quella di saper "riordinare" i modelli alterati, ovvero di fare in modo che l'assistito riesca a ritrovare quell'equilibrio che è poi fonte di armonia e di benessere fisico e psichico. Questo difficile compito può essere adempiuto dal professionista che può servirsi di un valido strumento per affrontarlo e portarlo a termine nella maniera migliore. Esso è la competenza, anche se in realtà non si dovrebbe parlare di essa al singolare, poiché in questo modo si potrebbe presupporre che sia solo una quella da utilizzare, mentre in realtà non è così. Si dovrebbe infatti parlare di competenze, al plurale, poiché esse sono molteplici: ci sono quelle pratiche, che consistono nelle azioni che il professionista deve compiere per raggiungere gli obiettivi prefissati e sono poi quelle che vengono indicate come "interventi", dei quali esiste una classificazione sulla base di diverse categorie, che si rifanno ai modelli funzionali. Insieme ad esse però ci sono anche quelle designate come "competenze morali" o meglio, competenza morale, che racchiude al suo interno un significato definibile in molti modi, ma sicuramente non tecnico o pratico. Infatti, fa riferimento a tutto ciò che di non tangibile e visibile l'infermiere possiede, la sua esperienza, le conoscenze, ma soprattutto le sue virtù. Esse sono ad esempio il coraggio, la costanza, la compassione e l'empatia, la quale "non è simpatia o compassione, gioire o soffrire insieme, partecipare emotivamente alle sorti dell'altro. Ha a che fare anche con questo, ma è essenzialmente la capacità specifica di sentire l'altro, di per sé una sfera complessa di esperienza, che è possibile riattivare." (Mercuri, 2018). Determinano il vero raggiungimento del traguardo, ma soprattutto lo rendono possibile. Esse cioè permettono in sostanza quella che viene definita "visione olistica" dell'uomo e in questo

caso del paziente, il quale non viene più ora considerato come un corpo, come un sintomo: egli non è la sua malattia. Piuttosto è una persona, unica, inscindibile, completa e va considerata nella sua interezza. La parola “olismo” racchiude al suo interno il concetto della completezza, ma anche della molteplicità, per cui tanti elementi diversi sono uniti in un unicum e strettamente legati e connessi tra loro. Essi costituiscono un tutto. In greco questo concetto viene espresso con due termini che sono appunto *olos*, da cui poi è derivato appunto olismo e *pas*, *pasa*, *pan*, il cui significato può essere considerato affine all’altro, ma non completamente sovrapponibile, dato che *olos*, indica un tutto inteso come intero, come unità inscindibile, mentre *pan* significa ugualmente “tutto”, ma inteso come molteplicità e insieme di parti. In questo, quindi, risiede la grande importanza dell’operato della Gordon, la quale con i suoi modelli è riuscita a separare le varie “parti” della vita dell’uomo per fare in modo di poter affrontare le criticità di ciascuna e di ricreare quel “tutto” completo e armonioso quale la vita dell’individuo stesso è, facendo in modo che ad ognuna venisse dato il giusto rilievo e la giusta attenzione, stabilendo delle priorità. In questo caso entra in gioco anche un’altra importante qualità dell’infermiere che è l’agire con logicità, ovvero usare la logica, l’intelligenza, per capire cosa sia più importante fare in ciascuna diversa situazione. Essa è un’altra caratteristica fondamentale, non meno rilevante delle altre citate in precedenza, che contribuisce anzi, insieme, alle altre, a creare un professionista completo nella sua totalità.

Capitolo 4. La professione infermieristica

Si va ora ad affrontare il tema che fa da sfondo a questo elaborato, che è la professione infermieristica, di cui verranno presi in considerazione vari aspetti, appartenenti ad ambiti diversi, quello scientifico e quello umanistico. È importante però prima di tutto illustrare il cammino compiuto dalla professione nel corso degli anni partendo dalle origini fino ad oggi. La professione infermieristica come viene intesa ai nostri giorni, è molto recente e la sua nascita vera e propria, nonché la sua affermazione nel campo delle professioni sanitarie si deve a Florence Nightingale, di cui si parlerà in seguito, che verrà ricordata per il suo fondamentale contributo a questa disciplina. Prima di arrivare a Florence Nightingale però, bisogna partire da molto più lontano andando ad illustrare più che le origini della professione infermieristica, quelle dell'assistenza che non coincidono con le precedenti, poiché la prima vera figura professionale deputata all'assistenza, di cui si abbiano notizie, non è l'infermiera, ma l'ostetrica. È importante però sottolineare come anche prima di essa fosse ben noto il concetto di assistenza che da sempre è stata una pratica affidata alla donna, figura molto controversa, spesso penalizzata, ma anche molto temuta dagli uomini i quali nei secoli hanno utilizzato la loro forza e il loro disprezzo nei suoi confronti, per mascherare una loro essenziale paura, generata dal fatto che la donna essendo generatrice di vita e morte, deteneva un enorme potere ed era per questo vista da essi come pericolosa, poiché diversa, incompresa. Da questo, quindi, è nato probabilmente il forte legame tra le donne, le quali essendo da sempre etichettate e viste come diverse si sono sostenute, trovando,

l'una nell'altra, una valida compagna. Le donne, infatti, fin dai tempi più antichi si sono assistite a vicenda durante il parto, inizialmente con conoscenze empiriche, ovvero date dall'esperienza, che poi con il passare del tempo sono state approfondite e fenomeni che prima erano visti come imputabili a fattori magico- religiosi sono stati invece spiegati scientificamente. Comunque, anche nel caso della pratica dell'ostetrica sono dovuti passare molti anni affinché divenisse non solo basata su pratiche scientifiche, ma anche socialmente riconosciuta, tanto che già dagli egizi si hanno notizie di questa figura, ma la vera e propria ostetrica per eccellenza è la madre del filosofo greco Socrate, la quale con il suo mestiere di "*maieia*" (ostetrica) ha per la prima volta fatto parlare in modo ufficiale di questa professione, da cui deriverà poi anche tutto il pensiero filosofico di Socrate che si chiamerà infatti "maieutica", l'arte del far nascere, inteso però in questo caso ovviamente solo in senso figurato. Per molti anni il ruolo dell'ostetrica andrà di pari passo con quello della cosiddetta "mammanna", ovvero colei che dà la vita, ma anche la morte, fungendo da "accabadora", come viene chiamata in sardo questa figura, la quale ha il ruolo di accompagnare al fine vita persone sofferenti che abbiano ormai come unica scelta solo la morte, resa più dolce da essa. La stessa cosa avverrà nel caso della professione infermieristica che, come si diceva, si svilupperà per certi versi da quella ostetrica, per altri da quella medica, mutuando alcuni aspetti dall'una, altri dall'altra. Se si pensa ad esempio a chi svolge la professione, di cui da sempre si sono occupate solo le donne (verrà aperta agli uomini solo dal 1971), non è difficile cogliere l'evidente rimando proprio alla pratica ostetrica. Per quanto riguarda invece l'evoluzione della professione infermieristica aldilà delle sue origini, si può dire che i grandi protagonisti fin dai tempi più antichi siano stati i religiosi, tanto che all'interno dei conventi era spesso presente un "infirmarius" ovvero qualcuno che fosse deputato alla cura e assistenza dei confratelli ammalati. Questo è dato essenzialmente dal fatto che i monaci e le suore erano insieme ai nobili gli unici ad avere la possibilità di studiare, mentre il resto della popolazione viveva nell'ignoranza affidandosi a pratiche magiche e superstizioni.

Con lo scoppio della guerra di Crimea nel 1853, una figura fondamentale sarà quella di Florence Nightingale, di cui si è già parlato nelle righe precedenti, la quale renderà le sue teorie delle pietre miliari della professione per il loro carattere innovativo, ad esempio quella secondo cui ci si dovessero lavare le mani passando da un paziente

all'altro, ridusse le infezioni addirittura del 42%. Tutto ciò a distanza di anni può sembrare sconvolgente, ma nei tempi passati non era mai davvero stata compresa l'importanza dell'igiene delle mani per combattere le patologie causate da microorganismi tramite le mani infette dei medici. Oltre a questo, la Nightingale rimarrà famosa anche per essere stata la prima ad avere compreso l'importanza della epidemiologia statistica e per aver creato un metodo di insegnamento che verrà denominato "il modello Nightingale", della cui diffusione erano state incaricate 15 infermiere identificate dalla Nightingale stessa. Esse, formate all'interno di convitti in cui svolgevano un internato che le preparasse ad esercitare la professione, uscivano poi in possesso di tutti i requisiti per essere considerate delle brave infermiere. Il sistema dell'insegnamento all'interno dei convitti era ed è stato per moltissimi anni fino a tempi recenti l'unico metodo utilizzato e avendo a lungo parlato della forte caratterizzazione religiosa di questa professione, ormai non risulta neanche più così difficile capire quali fossero le origini di quelle che venivano indicate proprio come scuole-convitto, il cui nome stesso rimanda ai conventi di religiosi e religiose che da sempre si erano occupate di queste pratiche. Infatti, anche se in seguito le infermiere non avranno più l'obbligo di possedere i voti come era invece originariamente, per cui esse fossero solamente suore, verranno comunque educate e formate con rigidi insegnamenti di stampo religioso il cui fine sia quello di creare "la donna angelicata", tanto che esse dovranno portare una divisa che prevede la capigliatura sobriamente acconciata, ma soprattutto coperta da un velo. Solo nel 1971, come si diceva, la professione verrà aperta anche agli uomini e viene sospeso l'obbligo di internato, abolendo così le scuole-convitto. Nel 1994 verrà elaborato il profilo professionale dell'infermiere con la legge numero 739, in cui si conferma l'importanza che la professione infermieristica sia anche innanzitutto considerata come professione intellettuale e antropologica, non solo pratica. Nel 1999 con la legge 42 verrà infine abrogato il cosiddetto mansionario, in uso da moltissimi anni. Questo sarà un grande passo per la professione, dal momento che d'ora in poi l'infermiere verrà visto come professionista e non più come mero esecutore di pratiche per giunta già catalogate e racchiuse nel non più esistente mansionario, cui si accennava nelle righe precedenti.

All'interno della professione infermieristica coesistono quindi tre diverse dimensioni: quella del sapere, del saper fare e del saper essere, che ora verranno una ad una

illustrate, per capire quali siano i tratti principali di ciascuna e in cosa differiscano l'una dall'altra. La prima ad essere analizzata è quella del "sapere", la quale rappresenta tra le tre, forse quella più controversa, dato che da sempre si è trovato molto difficile unire gli aspetti tecnici della professione, con quelli antropologici, ritenendo essa una professione molto più pratica, in cui per moltissimi anni è sembrato non ci fosse spazio per la conoscenza e per il sapere. Gli infermieri, infatti, come si diceva anche in precedenza, fino al 1999, hanno fatto riferimento al mansionario come unica guida e come unico punto di riferimento oltre all'esperienza. Ma ciò su cui si debba focalizzare l'attenzione a questo punto è proprio il concetto di mansione che si distingue da quello di compito poiché in quest'ultimo è presente la possibilità per il lavoratore di avere un certo grado di autonomia, mettendo alla prova anche le proprie capacità intellettive, non solo quelle esecutive. Nella mansione invece l'autonomia della persona è molto limitata per non dire quasi assente, dato che essa è chiamata ad eseguire azioni che al contrario di ciò che avviene con i compiti sono ben definite e non lasciano alcuno spazio decisionale a chi le esegue, limitando moltissimo la sua discrezionalità. Egli è quello che viene definito un mero esecutore ed è così che l'infermiere è stato visto per moltissimo tempo, portando questa convinzione a radicarsi e a creare uno stereotipo secondo cui esso sarebbe semplicemente qualcuno pronto ad eseguire gli ordini, in questo caso del medico. Se si considerano però i grandi passi fatti in questo campo con il passare del tempo, sembra impossibile doversi purtroppo ancora oggi interfacciare con alcune dinamiche fin troppo frequenti. Ma tutti i progressi che sono stati fatti sarebbero stati impensabili se piano piano non fosse andata ad assumere una importanza sempre maggiore, la conoscenza, la cultura, in poche parole, il sapere. Essi hanno permesso di guardare oltre, ma soprattutto hanno permesso all'infermiere di diventare altro e di allontanarsi dallo stereotipo che era andato a crearsi moltissimo tempo prima e che nasce essenzialmente dall'ignoranza. Essa è il principale pericolo in una professione come quella dell'infermiere, poiché unita all'esperienza può portare ad esempio all'utilizzo di pratiche senza alcun fondamento scientifico, che potrebbero quindi andarsi a rivelare anche dannose per il paziente che non sarebbe tra l'altro l'unico a pagarne le conseguenze. A questo proposito esiste l'evidence based medicine, che poi applicata al campo infermieristico diventa evidence based nursing, ovvero nursing basato sulle evidenze e non sull'esperienza, anzi non solo. Essa svolge infatti un

importante ruolo anche all'interno dell'ebn, ma non può essere ovviamente l'unica ad essere considerata, poiché ci sono anche altre componenti che vanno ad agire per avere poi come risultato le cosiddette "buone pratiche", per cui l'esperienza non basta, come neanche il saper fare. Ci vuole la conoscenza, la quale si acquisisce studiando e approfondendo sempre di più per essere certi che il proprio operato sia sempre migliore. Dall' ebn deriva infatti l'ebp, ovvero l'evidence based practice ed anche qui c'è sicuramente da sottolineare che l'esperienza risulta molto importante, ma come sopra, essa non è sufficiente. Alla base di tutto, anche prima della conoscenza, c'è lo stimolo, che spinge a porsi la domanda e conseguentemente a ricercare la risposta. È fondamentale quindi che ci sia una curiosità di fondo che sproni il professionista ad andare ad indagare e conoscere sempre di più. Non a caso Dante, nella Divina Commedia fa pronunciare ad Ulisse queste parole «*Considerate la vostra semenza: / fatti non foste a viver come bruti, / ma per seguir virtute et canoscenza*» (Alighieri, 2002). E sono proprio la virtù e la conoscenza che dovrebbero guidare l'infermiere nel corretto agire, per non diventare quelli che Dante definisce "bruti", ovvero persone senza intelletto, che non pensano, ma agiscono soltanto, senza avere in poche parole una guida, qualcosa che li indirizzi verso il giusto, verso il meglio. Da qui ci si può a questo punto ricollegare alla seconda dimensione che riguarda la professione infermieristica ovvero quella del "saper fare". Quando si parla di "saper fare" si parla soprattutto di "competenze", un tema anche questo molto approfondito soprattutto in una professione come quella infermieristica, di cui il corretto agire ne è il risultato. Prima però bisogna partire dalla definizione di competenza, la quale etimologicamente deriverebbe dal latino "*cumpetentia*", composto a sua volta di cum e peto, ovvero "*dirigersi*", ma anche "*chiedere*", "*convenire*", "*incontrarsi*", ma soprattutto "*essere adatto*" ed è forse questo il significato più consono a questo contesto poiché essere competenti per un determinato ruolo significa soprattutto avere i requisiti per poterlo portare a termine nel modo migliore. Nel corso del tempo sono state date molte definizioni di questo termine, ma in generale la più utilizzata è quella che indica la competenza come "il possesso della piena capacità di sapersi orientare in un determinato campo" (Treccani, 2017), il che presuppone un saper fare, ma anche un saper essere, senza cui non potrebbe parlarsi di essa, poiché il fine ultimo è sempre l'efficacia del comportamento professionale. Secondo Enzo Pescatori, autore dell'articolo "Competenza infermieristica, le

competenze essenziali in ambito sanitario” (Pescatori, 2016), un modello di riferimento presenterebbe quindi quattro caratteristiche di fondo della competenza che la identifichino come:

1) *“una caratteristica intrinseca”*: Il concetto chiave racchiuso nella natura stessa dell'intrinsecità è la *“ripetibilità della performance e il mantenimento della sua qualità, al di là della molteplicità di situazioni in cui essa si può esprimere”* (Levati W., Saraò M.V “Il modello delle competenze” - Franco Angeli Editore Milano, 2004 p. 30). Gli autori Levati e Saraò affermano l'importanza di non confondere competenza con capacità, definita come *“la dotazione personale che permette di eseguire con successo una determinata prestazione, quindi la possibilità di riuscita nell'esecuzione di un compito o, in termini più vasti, di una prestazione lavorativa”*. (ibidem p. 28) Posta in questi termini si comprende come la capacità sia caratteristica intrinseca proprio per il suo radicarsi nel patrimonio individuale dell'individuo.

2) *“causalmente collegata ad una performance”*: riguarda il rapporto competenza/performance, che pone l'accento sulle prestazioni finali; gli autori T. Hoghjemstra (1992) e C. Woodruffe (1992) avvicinano, cadendo in un terribile equivoco, il concetto di competenza a quello di comportamento, identificando l'acutezza mentale, la fiducia in sé, la sensibilità interpersonale come comportamenti piuttosto che caratteristiche personali. [...] e ciò rischia di eludere il problema del nesso causale tra competenze e performance invece di spiegarlo.

3) *“in una mansione o in una situazione”*: la competenza è identificata come assolutamente specifica (il contesto è cruciale) o assolutamente trasversale (la competenza è trasferibile e, rimanendo la stessa, può essere applicata in differenti contesti);

4) *“è misurata”*: deriva da qui la distinzione tra competenze di soglia (caratteristiche essenziali per essere minimamente efficaci) e competenze distintive che distinguono gli elementi superiori da quelli medi;

5) *“si compone di”*: da qui scaturiscono i vari elenchi e modelli che hanno dato origine ai repertori di competenze con l'insieme degli elementi che li compongono.

La competenza sarebbe quindi qualcosa di innato, facente parte della personalità di un individuo. Da qui l'interrogativo sollevato da Levati e Saraò: *“acquisire competenza*

comporta un cambiamento di personalità?” (Levati, Saraò op. cit. p. 16). Una risposta è stata proposta da Spencer & Spencer che saranno poi autori del famoso “modello delle competenze”, i quali sostengono che solo le competenze più superficiali, siano le più semplici da acquisire, mentre quelle più profonde siano molto più difficili da modificare e qualora anche ciò venisse fatto, sarebbe necessario un training di psicoterapia e molto tempo. Essi si sono quindi chiesti se fosse allora tutto sommato utile insistere nel cambiare, solo tramite la formazione, delle caratteristiche di una persona che facciano intrinsecamente parte di essa, con il rischio che gli insegnamenti non vengano neanche completamente recepiti. Sarebbe quindi forse più giusto cercare la persona giusta al momento giusto, o meglio la persona che sappia essere ciò che le venga chiesto di essere. Da qui ci si ricollega allora alla terza dimensione che riguarda la professione infermieristica che è quella del “saper essere”. Già introdotta tra le righe in essa si intrecciano la capacità e la competenza, ma anche la professionalità e la conoscenza che può essere vista come il filo conduttore di questo elaborato, ove con questo termine si intende la conoscenza di sé e di ciò che sia altro da sé. Essa è un lungo viaggio alla ricerca della propria essenza, che parte dalla nascita e dura tutta la vita. La sua importanza risiede non solo nel fatto che essa permette, come detto, di essere, ma soprattutto, cosa ancor più importante di divenire. Dunque, nel discorso sulle dimensioni della professione, si parla di “saper essere”, ma sarebbe forse più giusto parlare di “saper divenire”, poiché non si può dire di essere completamente, se non c’è mai stato un cambiamento, con tutto ciò che esso comporta, il quale deriva a sua volta da uno stimolo che lo provochi, da un mettersi in discussione, da una discussione ed essa è fondamentale per progredire, come lo è il dialogo. Da ciò deriva dunque tutto il potere che è stato attribuito alla parola, ma più in generale al parlare e soprattutto al comunicare. Potere alla parola. Essa è fondamentale per la creazione della relazione di cura e quindi poi anche per “saper essere” ciò che essa richieda. Questo perché come si diceva in precedenza, possedere la o meglio le parole, conferisce un grande potere e determina così l’asimmetria o simmetria di una relazione. Allora non è sbagliato dire che quando si parla di “saper essere”, si intenda in realtà più precisamente “saper essere dentro la relazione”, la quale nelle maggior parte risulta asimmetrica. Questo deriva essenzialmente dal fatto che il professionista sanitario si trovi in una posizione di netta “superiorità” rispetto al paziente, la quale è data da vari fattori, tra cui ad esempio il

notevole bagaglio di conoscenze che egli ha. Non a caso si dice che quando il paziente chiede una informazione essa debba essere comprensibile, dato che spesso, ciò che si dice è anche fin troppo approfondito e specifico, da risultare quasi come un eccesso di zelo, quasi come un voler mostrare le proprie conoscenze, senza poi chiedersi se la persona abbia capito ciò che sia stato detto. Ecco, questo è un perfetto esempio di asimmetria e potere nella relazione di cura, la quale si fonda sulla fiducia reciproca, ma ancora di più sulla fiducia nel cambiamento. Risulta allora molto adeguata al contesto la definizione che Maslow dà di potere il quale è indicato come “la possibilità di produrre cambiamento” e a questo proposito si citano le parole di Di Lernia (Di Lerina, 2008), il quale sostiene che *“nel caso particolare delle pratiche di cura il potere è una forma di relazione tra il soggetto che cura l’oggetto di quella pratica di soggettivazione che è la cura (l’altro) [...] perché la cura è essa stessa cambiamento: lo è nelle intenzioni, negli obiettivi, nelle attese. È terapeutico ciò che implica un cambiamento. È quella del cambiamento, l’esperienza più potente che il paziente vive sulla propria pelle: dapprima ne fa esperienza tragica, il male irromper trasformandolo, in seguito fa esperienza di devastante attesa di cambiamento. [...] È evidente però che le relazioni in quanto tali sono interessate dal potere, bensì lo sono in particolare quelle che hanno come fine quello di dirigere la condotta dell’altro [...]. In tutte queste relazioni trasformatrici, una delle parti mette in gioco le proprie capacità (e quindi il proprio potere personale) al fine di cambiare le condizioni dell’altro.”* A questo punto si può quindi affermare che il vero saper essere consista nella gestione del potere, che a volte potrebbe rivelarsi complessa, per questo il principale strumento che possa essere utilizzato in questo frangente, è l’empatia, la quale permette di sentire ciò che l’altro sente e dunque di agire di conseguenza. La parola infatti deriva originariamente dal greco e indica proprio un “soffrire insieme”, immedesimarsi, diventare l’altro anche solo per un momento, o per tutto il tempo che occorra, perché il tempo di relazione è sempre tempo di cura. Questo permetterà al professionista di cambiare la sua posizione nei confronti del paziente, che da “inferiore”, diventerà pari, da essere paziente diventerà “l’Altro”. In inglese questo concetto viene espresso con una espressione molto simile all’italiano “mettersi nei panni di una persona”, che è “try walking in my shoes” ovvero letteralmente “prova a camminare con le mie scarpe”, prova ad essere me. In poche parole, quindi ciò che sia richiesto all’infermiere è non solo “capire” il soggetto,

ma molto di più: non è un “capire” è un “trasformarsi”, è un indossare la sua essenza e indossare la sua persona. È viverlo.

PARTE II- LE VIRTU’

“Arrossire è il colore della virtù.” (Diogene di Sinope)

Capitolo 1. Le virtù filosofiche

Nell’introduzione è stato presentato il tema principale di questo elaborato, ovvero le virtù, le quali sono state studiate e approfondite fin dai tempi più antichi e sono state interpretate in modo diverso, soprattutto sulla base del contesto sociale di riferimento. In questo capitolo si andranno ora ad illustrare quelle che vengono indicate come “virtù filosofiche”, o anche dette “laiche”, contrapposte alle teologali, di cui si parlerà nel capitolo successivo, con cui si intendono quelle virtù che risalgono all’età precristiana, ovvero precedenti all’avvento del cristianesimo, facendo quindi riferimento alle principali correnti di pensiero filosofiche greche. Prima però di entrare nel dettaglio, analizzando una per una le varie virtù sulla base dei ragionamenti proposti dai diversi autori, bisogna partire da quello che è il concetto fondamentale, posto alla base di questo argomento, ovvero quello di “*areth*”, il quale è fondamentale per inquadrare il tema delle virtù in modo chiaro. Nella concezione greca, il termine indica una forza d’animo, morale, che riguarda in primis l’essenza innata della persona. Oltre a ciò, però essa indica anche la forza fisica, essendo quella greca una società militare e basata sull’aristocrazia. Non a caso l’*areth* è posseduta soprattutto dagli aristocratici che sono poi coloro che governano, dunque essa, oltre alle altre cose consiste anche nella capacità

di saper ben governare (aspetto che si ritroverà anche ne “Il principe” di Machiavelli). In questo caso, essa è indicata come *areth* eroica ed è ereditaria: ne troviamo chiarissimi esempi nei poemi omerici, ma questa è l’accezione più arcaica del termine, la quale andrà incontro a mutamenti con la nascita della democrazia, perdendo quell’accezione politica che le era stata conferita. I più importanti filosofi che hanno approfondito questo tema rendendolo un cardine del loro pensiero, sono Platone, Aristotele e Socrate, ma in questo caso si prenderanno momentaneamente in considerazione solo i primi due autori. Secondo Platone la virtù consiste nel controllo delle passioni, cui è deputata la nostra parte razionale; egli ne identifica quattro principali che in seguito verranno indicate come “cardinali”: la temperanza, la più importante nel controllo delle passioni, il coraggio che rimanda a quell’idea di forza originaria, necessaria per mettere in atto comportamenti virtuosi, la giustizia che permette un armonioso equilibrio tra tutte e quattro, nonché permette anche il raggiungimento della perfezione nella gestione dello Stato e la saggezza che è la base delle tre precedenti che consiste sempre nella capacità di autocontrollo e viene indicata anche come prudenza. Si può infatti partire da essa per cominciare a delineare i caratteri della filosofia di un altro importante personaggio, ovvero Aristotele, il cui pensiero verrà ripreso anche successivamente, per l’importanza che ricopre all’interno della professione infermieristica. La definizione di “saggezza” di Platone, infatti, non è sovrapponibile con quella di Aristotele, ma per comprenderla meglio, bisogna prima analizzare come quest’ultimo abbia strutturato la sua filosofia, cosa che risulterà molto utile anche in seguito quando vi si farà riferimento per comprendere come poi il possesso delle virtù e l’agire virtuoso abbiano influenzato una professione come quella dell’infermiere. Quindi egli distingue primariamente due categorie di cui la prima riguarda le cosiddette virtù etiche, la seconda le dianoetiche. Le virtù etiche sono:

- La giustizia: consiste nel concedere ad ognuno ciò cui abbia diritto, bilanciando tra il difetto e l’eccesso e non è come per Pitagora una quantità variabile, ma sempre uguale, il che non significa dare a tutti, sempre, la stessa quantità, ma solo ciò che sia dovuto.
- Il coraggio: deriva dal latino “cordi” e “habere”, significa avere cuore, avere animo per affrontare i pericoli e affrontarli con serenità.

- Temperanza: indicata in origine come *mediocritas*, che però non corrisponde alla nostra “Mediocrità”, bensì al concetto di moderazione, ovvero saper desiderare con misura ciò che poi sia un bene per l’uomo, ma essa riguarda essenzialmente solo i piaceri fisici
- Liberalità: riguarda anch’essa i beni materiali e consiste nel dare il giusto, quando e come e come si deve
- Magnificenza: viene definita da Aristotele “la grande spesa” e consiste nel saper spendere nel momento, ma soprattutto nel modo giusto. Essa coincide anche con la capacità che avrebbe il magnifico di saper riconoscere e apprezzare il bello.
- Magnanimità: è magnanimo secondo Aristotele chi è degno di onori e chi nello stesso tempo non pecchi di audacia, aspirando ad imprese che non siano alla sua portata.
- Mansuetudine: consiste in un’ira giusta, ovvero nel capire quindi con chi adirarsi e quando.

Per quanto riguarda invece le virtù dianoetiche esse vengono a loro volta divise in:

- virtù calcolative di cui fanno parte l’arte e la prudenza che in particolare, veniva indicata da Platone anche come “saggezza”, ma viene da Aristotele distinta da essa, di cui si parlerà in seguito.
- virtù scientifiche di cui fanno parte la sapienza che a sua volta contiene la scienza e l’intelligenza.

Capitolo 2. Le virtù teologiche

Si va ora a trattare la seconda parte del tema che si è cominciato a sviluppare nelle pagine precedenti, ovvero si va ora a parlare delle cosiddette “virtù teologiche”, che nascono con il cristianesimo, con cui si sviluppa l’idea che le virtù possano essere “esercitate”, ma il solo sforzo umano non basta, esse sono infuse nell’uomo dalla Divina Grazia. Coloro che approfondiranno maggiormente questo tema saranno San Tommaso e Sant’Agostino, che svilupperanno teorie diverse a riguardo, di cui si parlerà in seguito. Procedendo con il discorso riguardo alle virtù teologiche, esse sono così chiamate poiché dalla traduzione in greco significherebbero “virtù fondate sulla parola di Dio” e questo si ricollega anche con ciò detto in precedenza in contrapposizione a quelle laiche. Esse sono tre: fede, speranza e carità.

- Fede: è la prima tra le tre ed è quella che permette di credere in Dio e di abbandonarsi alla sua Volontà ciecamente, senza remore, “E’ il nostro dire “sì” a Dio che ci si rivela, si presenta da noi e ci parla” (Martini, 2010)
- Speranza: è strettamente intrecciata con la fede e riguarda la concessione all’uomo da parte di Dio della vita eterna. Come dice Martini: “Il tema della speranza riguarda innanzitutto il momento drammatico, di non ritorno, che è la morte: ecco a cosa si riferisce la virtù, la forza della speranza. Al problema della morte nessuno può sfuggire; anche se poi l’arco delle attese di futuro diventa

amplissimo, coglie tutta l'esistenza umana, il destino e le speranza dei popoli, del mondo inteso come unità. I molteplici interrogativi su ciò che sarà di me, di noi, dell'umanità, hanno a che fare con la speranza, perché sperare è vivere, è dare senso al presente, è camminare, è avere ragioni per andare avanti". Essa può essere considerata come l'unica e l'ultima luce, stremo slancio di vita che viene da dentro e che supporta la persona nei momenti più difficili che tuttavia non mancano. La mancanza di speranza viene infatti indicata da Martini come una "non- speranza" egli a questo proposito sostiene che "i sintomi della non speranza, sono la verbosità dei vuoti discorsi, l'esigenza costante della discussione, l'insaziabile curiosità, la sbrigliata dispersione nella molteplicità e nell'arruffio, l'intima ed esteriore irrequietezza [...] la mancanza di calma, l'instabilità nella decisione, il rincorrersi di continuo sempre verso nuove sensazioni", in questo senso è molto importante il ruolo di chi guidi la persona nella ricerca o nel ritrovamento della speranza, colui che nella religione cristiana è definito il "Pastore" che è poi la stessa persona che indirizza a Dio e fa ritrovare chi si fosse perso "la retta via". Questo può succedere anche al di fuori della religione, poiché la speranza è qualcosa di collettivo, che permea la vita di tutti gli uomini, essa "è un fenomeno universale, che si trova ovunque ci sia umanità, costituito da tre elementi: la tensione piena di attesa verso il futuro, la fiducia che tale futuro si realizzerà, la pazienza e la perseveranza nell'attenderlo. [...] poiché la vita umana è inconcepibile senza una tensione verso il futuro". (Martini, ibidem pag. 71)

- Carità: è ritenuta la somma virtù, San Paolo la definisce come quella non avrà mai fine"; la migliore spiegazione che si potrebbe dare di essa si ha nel momento in cui la si identifichi con il concetto di "amore puro", in questo caso amore di Dio per l'uomo, dell'uomo per Dio e per il prossimo. Essa ordina e vincola tutte le altre virtù per la sua grande importanza, tanto che nelle forme più estreme può portare al completo ed assoluto sacrificio di sé, ma a ragione, dato che tramite essa si fa la volontà di Dio ed è anche quella che insieme alla speranza, porta alla pazienza e porta l'uomo a ricongiungersi con sé stesso ("Ti porterò soprattutto il silenzio e la pazienza, percorreremo assieme le vie che portano all'essenza" Battiato, La cura), dunque alla felicità perché rende l'uomo

grato e consapevole dell'amore che Dio nutre per lui. La carità è la grazia, è il dono che Dio fa all'uomo, è il perdono di Dio nei suoi confronti, il quale etimologicamente significa appunto "grandissimo dono", poiché egli in questo modo è come se donasse all'uomo la libertà dalla sofferenza per i peccati commessi, dunque esso consisterebbe essenzialmente nel concedere pace all'anima inquieta: questo, nella religione cristiana, rappresenta il più grande atto d'amore che l'uomo possa mai ricevere.

AUTORE	CONCETTO DI VIRTU'
Platone	Consiste nel controllo delle passioni, cui è deputata la nostra parte razionale
Aristotele	Essa è il mezzo per conseguire la felicità, ovvero quello strumento che consente di attuare pienamente se stessi. Si tratta di una disposizione costante, di un'abitudine ad agire in conformità con la propria natura.
Autori cristiani (San Tommaso e Sant'Agostino)	Qualcosa che possa essere "esercitato", ma il solo sforzo umano non basta, essa è infusa nell'uomo dalla Divina Grazia
Kant	Repressione delle passioni, per cui essa rappresenta essenzialmente uno sforzo che l'individuo con impegno deve mettere in atto
Hegel	È incarnata dal "cavaliere della virtù". È un agire in grado di procedere oltre l'immediatezza del sentimento e delle inclinazioni soggettive. Ma il contrasto tra la virtù, il bene concepito astrattamente, e la realtà del mondo, si concluderà con la sconfitta del "cavaliere della virtù".
De Mandeville (corrente del	È ogni atto con cui l'uomo, andando contro l'impulso della natura, ricerca il vantaggio degli altri, o la vittoria sulle sue passioni, per un'ambizione razionale di essere buono

libertinismo)	
---------------	--

Tabella 2. La virtù nel pensiero dei diversi autori (i più importanti) che hanno approfondito questo tema

Capitolo 3. Le virtù nella pratica infermieristica

Si va ora ad affrontare quello che è il tema centrale di questo elaborato, ovvero le virtù nella pratica infermieristica. Purtroppo, come anche è stato detto nell'introduzione, essa è una professione che viene generalmente vista come molto più pratica, dunque si pensa che le due dimensioni, umanistica e tecnica non possano convivere, così l'una escluderebbe l'altra, ma in realtà non è così ed anzi è possibile trovare un punto d'incontro tra le due, il quale funga da compromesso e permetta di superare questa, forse, arcaica visione di una professione come quella infermieristica. Ritorna in questo senso il ruolo della conoscenza, la cui importanza è stata chiarita più volte all'interno di questo elaborato, cioè si distinguono due diversi ambiti: quello che punta ad incentivare la conoscenza scientifica, definito "discorso sulla conoscenza" e quello che invece viene indicato come "discorso sulla cura" (in inglese "caring discourse"). Ci sono due principali teorie a riguardo: la prima che scoraggia l'approccio "umanistico" dell'infermiere alla professione, suggerendo di non considerare la virtù un valore aggiunto per il corretto svolgimento delle attività, bensì addirittura come penalizzante la professione. "Questo deriverebbe dalla concezione stereotipata che ha inquadrato per anni l'infermiere come eccessivamente compassionevole e premuroso nei confronti del paziente: addirittura secondo Gordon e Nelson (2006) la concezione del nursing come focalizzato sul prendersi cura del paziente, sembrerebbe antitetica al suo scopo di essere

preso sul serio come professionista. D'altro canto, la crescente importanza data al ruolo della virtù nella pratica infermieristica deriverebbe da un tentativo di contrastare quella ideologia neoliberale che vedrebbe il paziente come consumatore o cliente” (Bliss, Baltzly, Bull, Dalton, & Jones, 2017). Ci deve quindi essere una unificazione delle conoscenze, per fare in modo che la competenza e la morale diventino un tutt'uno, “arrivando a concepire la prassi infermieristica come *Phronesis* ovvero quella saggezza pratica, che sola consente all'infermiere di interpretare adeguatamente la complessità della situazione assistenziale con tutto sé stesso, la sua scienza, la sua arte, la sua tecnica e la sua umanità” (Manara, 2002). Alla base di tutto questo ci sarebbe quindi il concetto di *Phronesis*, indicata come saggezza, ma è possibile capire ancor meglio questo concetto considerando una fusione tra la filosofia aristotelica e quella di San Tommaso. Si è parlato in precedenza del ruolo della virtù nella filosofia aristotelica, ponendo l'attenzione in particolare sul confronto con quella di Platone, poiché concetti come “saggezza”, sapienza” e prudenza, sono stati interpretati in modo diverso non solo dai due filosofi greci, ma anche da molti altri pensatori appartenenti a correnti filosofiche diverse e molto lontane cronologicamente tra loro. Uno di questi è San Tommaso D'Aquino, il cui pensiero risulta particolarmente rilevante, in questo frangente, soprattutto se considerato congiuntamente a quello di Aristotele, poiché l'unione delle due filosofie è quella che davvero dia con precisione e in modo più completo, una spiegazione esaustiva del concetto di virtù intesa come applicata alla pratica infermieristica e quindi di quella *Phronesis* di cui si era parlato in precedenza. Innanzitutto, bisogna partire con ciò che la parola virtù indichi nella concezione più profonda, dato che ciò che oggi viene chiamato “virtù”, non corrisponde probabilmente, né al greco “*Areth*” di cui parla Aristotele, né la latino “*Virtus*” di cui parla San Tommaso. Per noi le virtù sono le virtù morali, mentre *areth* e *virtus* si riferiscono anche alle arti e perfino all'eccellenza dell'intelletto speculativo, la cui sfera è la teoria piuttosto che la prassi. Inoltre, ciò che essi chiamano *virtutes morales* o *arethai etikai*, non corrisponde neanche al nostro concetto di virtù morale. [...] Essi, pongono la saggezza pratica (la *Phronesis* per Aristotele e la *prudentia* per San Tommaso) nella categoria delle virtù intellettuali, anche se fanno notare le relazioni strette fra la saggezza pratica e quelle che chiamano virtù morali e talvolta utilizzano i termini di

areth e *virtus* come noi utilizzeremmo quello di virtù (Foot, 2002). Alla base di questi concetti ce ne sono due ancora più importanti che racchiudono quello stesso di virtù, ovvero quelli di “etica” e “morale”. È importante infatti chiarire cosa si intenda con questi due termini, in modo tale da poter interpretare il concetto di virtù, non solo in modo migliore, ma anche più pertinente al tema con cui si va a mettere in relazione ovvero la professione infermieristica. Analizzando le loro etimologie si può infatti notare che “etica” e “morale” hanno la stessa origine, significano cioè “tradizione”, “costume”, “uso”, in particolare in filosofia l’etica è una disciplina che prende in considerazione l’agire umano alla luce di credenze e di un sistema di valori. Essi determinano i comportamenti umani e sono il risultato della compartecipazione di agenti diversi. L’uomo li rende propri ed essi sono generalmente unanimemente accettati a livello sociale, anzi per meglio dire, sono ciò su cui si basa la società, di conseguenza si può affermare che siano loro a dare vero significato all’esistenza umana. La morale e l’etica, dunque, permettono la creazione di una “identità sociale” in ciascun individuo che ne fa parte si riconosce, tramandando poi quei valori di generazione in generazione, si pensi ad esempio al *mos maiorum* latino, un insieme di tradizioni e costumi che era ritenuto essere fondamentale per l’educazione di un vero cittadino della Roma dell’epoca. Quando si parla di etica o di morale, esse possono essere considerate anche in altri contesti, quindi si parla per questo di etica delle virtù o del dovere per esempio. In questo caso ci si occuperà specificatamente della prima, applicata all’ambito della cura, per cui più che di etica, si parlerà di bioetica, che letteralmente significa “etica della vita”, ovvero lo “Studio sistematico della condotta umana nell’ambito della scienza della vita e della cura della salute, in quanto questa condotta è esaminata alla luce dei valori morali e dei principi.” (Reich, 1978). La bioetica, quindi, può essere considerata come un ponte che colleghi i valori morali a quelle che vengono chiamate “scienza della vita”, risultando così fondamentale non solo ai fini della tutela della persona, ma anche per fare in modo che la *techne* non “sovrasti” la psiche, con il rischio di incorrere in quel pericoloso meccanicismo di cui si è parlato nelle pagine precedenti. Nella professione infermieristica c’è il codice deontologico, che nasce per guidare e sostenere l’infermiere nell’agire professionale. Nell’incipit di presentazione si legge: “il Codice Deontologico riconosce l’infermiere come professionista e come persona; riconosce il cittadino come curato e come persona; riconosce la società in cui

viviamo e in cui vorremmo vivere; riconosce la normativa attuale e ne prefigura la sua evoluzione; [...] il Codice può concorrere all'identità professionale, ma non è l'identità professionale. Quanto meno il Codice non può esaurirla perché l'identità professionale è sia deontologica, che scientifica, che personale.” (Mangiacavalli, et al., 2019). Tra le righe quindi, il concetto fondamentale che emerge è che il documento può contribuire alla creazione dell'identità professionale, può accompagnare l'infermiere nella presa di decisioni complesse o se dovesse trovarsi in difficoltà nel comportamento da tenere in situazioni critiche, ma non può certo essere sostitutivo di quella che sia l'essenza della persona, ovvero tutti i valori, le credenze, l'esperienza che ciascuno porta con sé. Alla base di tutto ciò, infatti, c'è il fondamentale ruolo della deontologia, che etimologicamente deriva dal greco e significa “discorso” o “studio” sul dovere. Essa indica l'insieme di norme comportamentali non “giurisprudenziali” che regolano la pratica di una professione, mentre nella deontologia l'aspetto legislativo non tanto è posto in secondo piano, quanto più che altro viene maggiormente considerato ciò che riguarda l'etica e la morale della professione, quindi tutto quello riguarda non solo l'agire, ma soprattutto l'agire virtuoso del soggetto. Il rapporto tra deontologia e virtù è dunque molto stretto, infatti “l'etica della virtù nasce come reazione agli eccessi dell'etica dei principi. Centra la sua attenzione sull'esperienza dell'uomo come soggetto morale, sulle motivazioni e sulla disposizione che agisce e che nell'atto manifesta e potenzia le proprie qualità morali. [...] L'etica personalista pone al centro della riflessione morale la persona e il rispetto per la persona. Nella variante ontologista, (che si conforma alla natura della persona umana, intesa razionalmente, ma senza preclusioni per il versante metafisico) si può conciliare con l'etica dei principi e con l'etica della virtù. In questa accezione, si propone di giustificare il valore centrale della persona come criterio di discernimento tra ciò che è tecnicamente possibile e ciò che è tecnicamente lecito, sulla base di una antropologia fondata ontologicamente. Esiste una proposta integrativa principi/virtù nel quadro della bioetica personalista. I principi forniscono le indicazioni generali del comportamento; le virtù consentono il riconoscimento del comportamento buono, la motivazione del perché si deve obbedire ai principi, l'interiorizzazione della norma e l'attuazione del dovere. Tra i principi e le virtù si instaura un rapporto di reciprocità: l'attuazione del dovere è possibile se si è virtuosi; si è virtuosi se si rispettano gli obblighi morali” (Flamigni, 2019). Tuttavia,

l'uso delle virtù all'interno della pratica infermieristica ha suscitato non pochi interrogativi nel corso degli anni, tanto da arrivare ad essere definito "dilemma morale", a cui molti studiosi hanno cercato di rispondere. Esso, infatti, risulta di particolare importanza poiché "situazioni di grande conflitto morale possono provocare di conseguenza un grave distress morale negli infermieri, dato dal conflitto stesso tra il dovere professionale del prendersi cura e le convinzioni personali, i valori e le loro credenze. [...] Si tenta quindi un più ampio approccio al tema delle virtù, ove il termine "approccio" non sta a significare una serie di regole che vadano a guidare la scelta tra alternative, piuttosto un focus più deciso riguardo a quale tipo di infermiere si dovrebbe essere. Questo dovrebbe permettere un'analisi olistica del dilemma morale nonché portare ad una soluzione più creativa e maggiormente flessibile in cui siano combinati principlismo, consequenzialismo, utilitarismo o "etiche" che aiutino a capire come intendere l'approccio di cura applicato al sistema di presa di decisioni riguardo a questioni morali" (Arries E. Curationis, 2005). Sembra quindi che la soluzione sia quella di combinare tra loro queste tre componenti, che per il loro importante significato possono essere considerate alla base della professione infermieristica a cominciare dal principlismo, termine coniato da Beauchamp e Childress, i quali hanno cercato di individuare i principi fondamentali su cui fosse basata l'etica biomedica che sono: autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia. Esso nasce come un tentativo di unire le norme generali ai cosiddetti giudizi particolari, ovvero ciò che riguardi specificamente i valori del professionista. Di fronte a situazioni problematiche infatti due o più principi potrebbero risultare in contraddizione tra loro, per questo potrebbero di conseguenza tornare utili due strategie argomentative proposte sempre da Beauchamp e Childress, ovvero la specificazione e il bilanciamento, ove la prima consiste nell'adattamento dei principi ai casi e alle circostanze specifiche, mentre il bilanciamento consiste nel soppesare i valori e scegliere tra i più, quello che sia prioritario all'interno della specifica situazione. Per quanto riguarda invece il consequenzialismo, il secondo tra i tre aspetti sopraelencati, con esso si intende un complesso di teorie che hanno in comune la visione per cui le proprietà normative dipendono solo dalle conseguenze. In particolare, le teorie etiche consequenzialiste definiscono la correttezza morale di un'azione solo per mezzo delle conseguenze delle azioni oppure di qualcosa a loro correlato, come un motivo o una legge. (Sinnot-

Armstrong, 2003). Si distinguono in seguito: consequenzialismo dell'atto che sostiene che le azioni di un individuo siano corrette se e solo se determinano le conseguenze migliori e il consequenzialismo della regola che sostiene invece che le azioni di un individuo sono corrette se e solo se sono ispirate a un set di principi la cui accettazione determina a priori le conseguenze migliori per tutte le azioni che ne derivano (Mordacci, 2003). In ultimo, si è parlato di utilitarismo, il quale è una concezione filosofica che indica nell'utilità il criterio dell'azione morale, identificando nel bene o giusto, ciò che aumenti la felicità per il maggior numero di persone. Si comprende ora perché questi concetti siano così importanti, postulando come fine più rilevante, il bene, il giusto, il meglio per l'altro, che nel caso delle professioni di cura è il paziente. In questo senso, diventa quindi fondamentale il ruolo della virtù ovvero di quella disposizione morale che spinge appunto a compiere il bene. La disciplina filosofica che si occupa di ciò, come già detto nelle righe precedenti, è l'etica, ma in questo caso si parlerà più precisamente di etica delle virtù, ancor più specificatamente di etica delle virtù applicata alla pratica infermieristica. Risiede proprio qui il dilemma di cui si parlava poc'anzi, ovvero: come si può collegare l'aspetto morale a quella che è poi la pratica lavorativa quotidiana? Che cosa si intende per etica delle virtù in riferimento ad una professione (ritenuta) così tecnica, come quella infermieristica? Ebbene, dai numerosi studi effettuati riguardo a questo argomento, quello che è emerso, è che sicuramente, "la virtù e di conseguenza, l'etica delle virtù, non è uno strumento di problem-solving o di presa decisioni, piuttosto un approccio che enfatizza il carattere e la disposizione di una persona. [...]. In questo senso, essa dà maggior importanza all'essere, piuttosto che al fare. (Magee, 2001:32-33; Scott,1995:283)" (Arries E. Curationis, 2005). L'infermiere diviene un agente morale, definizione assolutamente calzante, poiché racchiude al suo interno l'accezione pratica della professione, ovvero il saper fare e in particolar modo l'agire, ma la connotazione che esso assume venendo definito morale, presuppone a quel punto non solo la ricerca del bene per il paziente, ma anche l'utilizzo, per raggiungerlo, di tutte quelle credenze e quei valori che fanno intrinsecamente parte del soggetto e che gli permettono così, anche di saper essere. "Allora si può affermare che l'etica possa essere vista non come statica, ma come una dinamica alternanza tra ciò che possa essere considerato giusto o sbagliato ruotando intorno ai concetti di "sé", "altro" e "bene", mentre la virtù essendo vista da una

prospettiva etica può a questo punto essere vista come trait-d'union che li lega tutti e tre insieme, rendendo così quella che è "l'etica delle virtù" una cornice che si articoli tutt'intorno e che possa aiutarci a capire quali siano davvero le virtù necessarie per l'eccellenza morale. La letteratura in questo senso distingue due tipi di virtù: quelle riguardano il carattere di un individuo denominate virtù morali e quelle che riguardano invece il suo intelletto, le quali, considerate come inclinazione intellettuale permettono all'infermiere di ragionare nel modo migliore, mentre agire con la giusta motivazione richiede la virtù morale. È fondamentale però che ci sia un giusto equilibrio tra le due dimensioni e tra quelli che potrebbero essere definiti due estremi, che Aristotele aveva definito "vizi" (Arrington, 1998:76), anzi egli credeva proprio che la virtù si trovasse nel mezzo tra due vizi "contrari" e la descriveva come "la scelta equilibrata tra il vizio dell'eccesso e quello del difetto" (Taylor, 2002:63)." (Arries E. Curationis, 2005). Alla base allora c'è quella che Aristotele chiamava "*Phronesis*", di cui si è parlato precedentemente e che non corrisponde affatto al nostro concetto di saggezza, né alla *prudentia* di cui parlava San Tommaso, ma neanche a quella di cui parlava Cicerone, poiché indica "una disposizione vera, accompagnata da ragionamento, che dirige l'agire e concerne le cose che per l'uomo sono buone e cattive». (Aristotele, Etica Nicomachea, VI, 5, 1140 b 4). "In particolare la saggezza (*φρόνησις*) non indica quali debbano essere i fini dell'azione umana, ma solo come raggiungerli: la virtù indicherà qual è lo scopo giusto e la saggezza indicherà i mezzi opportuni per conseguirlo: la scelta giusta dovrà quindi avvalersi sia della virtù che determina il fine, sia della saggezza che ci indicherà quali azioni ci permetteranno di raggiungerlo" (Aristotele, Etica nicomachea, 2005). A questo punto quindi ci si potrebbe chiedere quale sia la differenza tra saggezza e sapienza e perché le due vengano distinte da Aristotele in modo così netto, dato che prima di lui i loro significati venivano sovrapposti. Infatti, dai filosofi presocratici fino a Platone per sapienza si intendeva non solo il possesso di conoscenze razionali ma anche la connessa abilità tecnica nel mettere in opera quelle conoscenze ed assieme la virtù della prudenza nel distinguere il bene dal male e l'utile dal dannoso. In quest'ultimo caso la sapienza, prevalendo il comportamento morale, coincideva con la saggezza *φρόνησις*, (*Phronesis*). "Il saggio, nel senso greco del termine, non è l'uomo perso nelle sue riflessioni teoriche; egli, pur detenendo un sapere considerato astratto, possiede invece l'abilità di farne un uso concreto, pratico" (Hadot, 2010). Questo perché la saggezza è

propria di colui che pur non essendo filosofo capisce quando e come operare virtuosamente e ciò è fondamentale se si considera invece il fatto che la sapienza secondo Aristotele era raggiungibile solo nell'età adulta o perlopiù avanzata, ovvero quella a cui si sarebbe diventati poi filosofi e si sarebbero così potute praticare le virtù etiche. Ponendo che invece la saggezza sia possibile anche per i più giovani, essi potranno in questo modo approcciarsi nel modo migliore all'esercizio delle virtù etiche per poi acquisire quelle dianoetiche con una maggiore maturità. Il pensiero aristotelico risulta però molto più facilmente comprensibile, se si riesce a comprendere quanto sia fondamentale il ruolo della conoscenza, nonché della volontà secondo il filosofo quando si parla di virtù. In particolare, Philippa Foot in "Virtù e vizi" rifacendosi al pensiero di Aristotele, sostiene che le virtù siano sì benefiche poiché riguardano il bene, ma allo stesso tempo anche "correttive", ovvero come egli stesso diceva "concernono ciò che per la persona è difficile": se non ci fossero certe disposizioni della natura umana (come, ad esempio l'intemperanza), non si darebbe neanche la virtù "correttiva" corrispondente. La virtù può consistere nel superamento di certi limiti o di certe difficoltà, ed è in questo contesto che viene discussa anche l'insistenza kantiana sull'idea della moralità come sforzo. Alla base ci sarebbe quindi non solo la saggezza, ma ancor più importante, la saggezza connessa alla volontà. Quali sono allora i rapporti tra conoscenza, virtù e volontà? Per rispondere potremmo dire approssimativamente, che mentre la forza e la salute sono un'eccellenza del corpo e la memoria e la concentrazione sono una un'eccellenza della mente, ciò che è buono in una persona virtuosa, è la volontà. [...] Niente di ciò dimostra che è sbagliato pensare che le virtù riguardino la volontà; ciò che dimostra effettivamente è che qui la volontà deve essere intesa nel suo senso più ampio, per includere ciò che si desidera così come ciò che si ricerca. Tuttavia, una serie differente di considerazioni ci costringe a rinunciare a qualunque asserzione semplice sulla relazione tra la virtù e la volontà e queste considerazioni hanno a che fare con la virtù della saggezza [...], che si potrebbe avere l'impressione riguardi l'intelletto piuttosto che la volontà. La saggezza non è una questione di conoscenza? E come può la conoscenza essere una questione di intenzione o di desiderio? La risposta è che non lo è, cosicché c'è una buona ragione per considerare la saggezza una virtù intellettuale. D'altro canto, la saggezza ha delle relazioni particolari con la volontà, perché viene in contatto con essa in più di un punto.

[...] La saggezza presuppone dei fini buoni: la persona che è saggia non sa soltanto come fare delle cose buone, (come ad esempio il prendersi cura di una persona), ma deve anche avere desiderio di farle. E allora la saggezza, nella misura in cui consista nella conoscenza che chiunque può raggiungere nel corso di una vita comune, è accessibile a chiunque la desideri davvero. Come diceva Tommaso d'Aquino, essa fa parte di "qualche altra potenza in quanto essa è mossa dalla volontà" (Foot, 2002). Da ricordare a questo proposito le parole di Aristotele: "Il saggio sa qual è il bene dell'uomo e allora deve agire in modo da ottenerlo; se non lo fa vuol dire che non è veramente saggio e che la sua volontà ha fallito". In questo caso quindi si parla di vero e proprio fallimento della volontà nel raggiungimento del bene, quindi la persona che non si impegna per essere virtuosa mancherebbe soprattutto di determinazione e fermezza, nonché della forza d'animo per impegnarsi e raggiungere lo scopo. Questi, dunque, i rapporti tra virtù e volontà, quale allora, quello tra virtù e conoscenza, ovvero, in che modo la conoscenza influenza l'agire virtuoso di una persona o in questo caso dell'infermiere? Dante nella Divina Commedia fa pronunciare ai compagni di Ulisse la famosa frase riportata in precedenza, la quale ha un fondamentale significato che è quello secondo cui la conoscenza sarebbe già di per sé una virtù, il che diventa ancor più evidente qualora si consideri insieme ad essa anche la saggezza. A questo proposito risulta molto calzante ciò che Socrate dice sulla conoscenza in rapporto a questo argomento, ovvero che tendenzialmente la conoscenza sarebbe la cosiddetta "virtù unificante" di tutte le altre, poiché consisterebbe nel ragionamento logico che ogni individuo compie riguardo al comportamento da tenere nelle diverse circostanze, di conseguenza ad esempio l'uomo che conosce la giustizia è di per sé giusto perché possiede quella conoscenza, come, allo stesso tempo non sarebbe possibile fare il bene senza conoscerlo, né è possibile che conoscendolo, non lo si faccia. La virtù quindi secondo Socrate è un equilibrio tra anima e corpo, psiche e soma, frutto dell'intelligenza. Ma allora da cosa deriva il male? Ebbene, stando alle teorie di cui si è appena parlato, il male sarebbe frutto dell'ignoranza, così chi compie il male sarebbe di conseguenza, secondo il filosofo, anche un ignorante, il quale sbaglia ed agisce in modo sconsiderato poiché lo ritiene erroneamente giusto. Starà poi al filosofo educatore far capire all'individuo quale sia la giusta via da seguire, quella del sapere, inteso nel suo senso più ampio. Questo deriva dal fatto che "Anche il pensiero, che è attività propria

dell'uomo, è in sé stesso plurale: il pensare infatti è quell'attività dialogica che «l'anima per sé instaura con sé stessa» (Platone, Teeteto, 189 E – 190 A), in virtù della quale l'esserci fa esperienza della solitudine, ma non dell'isolamento (Arendt, 2004a, p. 83): essere in solitudine, infatti, «significa essere con sé stessi» (Arendt, 1997, p. 55). Il pensiero può essere definito come quel dialogo del «due-in-uno» che rappresenta la condizione di emergenza di una coscienza etica (Arendt, 2004a, p. 161 e segg.); quando esso viene meno, come nelle situazioni di totalitarismo (Arendt, 2004b, 2007), ne va di qualcosa di essenziale per l'essere umano: la sua autonomia di giudizio, la sua libertà individuale, cioè, in definitiva, la sua originalità personale. Dunque, la conoscenza non è mai un processo individuale ma un processo che prende forma in una dimensione plurale.” (Mortari & Valbusa, 2020). Finora, infatti, si è parlato solo della conoscenza intesa come acquisizione di nozioni, ma c'è anche un altro tipo di conoscenza che è quella di sé stessi. A questo proposito si ricorda infatti la famosa frase “conosci te stesso”, la quale si è rivelata essere veritiera per molti motivi diversi, ma lo diventa ancor di più quando si entra nell'ambito della cura, la quale come si è visto, etimologicamente significa proprio “avere a cuore qualcuno”. Come si potrebbe dunque avere a cuore qualcuno, senza farlo con sé stessi in primis? Ecco allora che diventa fondamentale la cura di sé stessi, fondamentale poiché è proprio questa che permette di avere essenzialmente cura del processo, ma soprattutto della relazione di cura. Non bisogna infatti dimenticare che la prerogativa principale della cura, o meglio della relazione sia essenzialmente la sua pluralità. Si può quindi affermare che: “la relazione intersoggettiva che attraversa il corpo passa per l'empatia che è l'atto attraverso cui ci rendiamo conto che un altro, un'altra, è soggetto di esperienza come lo siamo noi: vive sentimenti ed emozioni, compie atti volitivi e cognitivi. Capire quel che sente, vuole e pensa l'altro è elemento essenziale della convivenza umana nei suoi aspetti sociali, politici e morali. È la prova che la condizione umana è una condizione di pluralità: non l'Uomo, ma uomini e donne abitano la terra”. (Mercuri, 2018). Da questo dunque nasce l'importanza della conoscenza di sé stessi quando si parla di cura, che è fondamentale, dato che prima di avere cura della persona, bisogna avere cura dell'esperienza di cura, che è ugualmente se non addirittura più importante dell'atto curativo stesso. Allora si può affermare che “è necessario attivare con la conoscenza di sé quelle pratiche trasformative quali le meditazioni, le memorie, le pratiche di consapevolezza e di esame

di coscienza, lo sviluppo di una spiritualità come accesso all'orizzonte della verità che non è solo l'oggetto il cui accesso è dato per primo dall'intelletto, ma il contenuto di coscienza al quale si accede plasmando il proprio essere fino al punto di agire con verità, sulle vie dell'esistenza più che su quelle disciplinari" (Mercuri, 2018). Oltre a ciò bisogna considerare il contesto storico e sociale a cui si fa riferimento e facendo una generale panoramica non è poi così difficile notare il preoccupante disorientamento in cui si trova la società al giorno d'oggi, per questo "la cura si diventa la richiesta di costituirsi come nuclei di resistenza e centri di forza per mantenere il carattere contro la deriva del non senso che ci omologa in serie davanti alla presenza del nuovo fenotipo in cui la componente morale è ormai definitivamente sfaldata. Come dice Natoli, "il tema delle virtù è rifluito e si è dissolto nella rivendicazione dei diritti, nella richiesta di tutele, nell'ampliamento degli spazi di libertà, ove l'attenzione a sé è lasciata ai singoli e non ha alcuna sostanziale incidenza nella virtù pubblica, presa nel suo complesso. La virtù come cura di sé e coltivazione della propria eccellenza va sfumando sullo sfondo e resta – quando resta – una questione privata. La società chiede solo prestazioni. Poco importa se virtuose o meno; ciò che è importante è l'efficienza. In questo caso far bene equivale ad essere conformi alle regole previste. E, come è noto, si è tanto più efficienti quanto meno si sollevano questioni di valori. Peraltro, questo è il modo per ottenere riconoscimento sociale, per avanzare nelle carriere, quando si avanza" (Mercuri, 2018). Questa è purtroppo un'epoca piena di interrogativi, che però allo stesso tempo hanno pochissime risposte, se non addirittura non ne hanno e le persone, ma ancor di più coloro che si trovano a dover prendere decisioni su temi importanti come la salute, che quindi riguardino un'altra persona, si sentono perlopiù smarriti e ricercano dei punti di riferimento, che in questi tempi difficili sono sempre più difficili da trovare. Ma a cosa è dovuto ciò? Tendenzialmente si potrebbe rispondere a questo interrogativo affermando con una certa sicurezza che la causa di queste crisi, morale e spirituali, sia da ricercare nella presenza di una "pensosità ridotta al minimo e di un sentire impoverito (Mortari, 2019b; De Monticelli, 2010,2015; Boella, 2006, 2018; Bauman, 2002). La dilagante indifferenza per le condizioni altrui, connessa alla sempre maggior difficoltà di relazionarsi empaticamente con gli altri, la diffusa indisponibilità ad impegnarsi per il bene comune, espressione di un individualismo sempre più pervasivo, tutti questi fenomeni manifestano una crisi della coscienza etica. Ed è forse proprio questo che ha

portato nel tempo presente, un rinnovato interesse per le virtù (Pellegrino-Thomasma, 1993, p. 3). Secondo Nussbaum (2012, p. 38) l'attenzione per l'etica delle virtù che contrassegna il tempo attuale si spiega con la crescente insoddisfazione nei confronti delle etiche formalistiche, che sono avvertite come lontane dalle necessità della vita pratica perché interessate a garantire ragionamenti dalla valenza universale." (Mortari & Valbusa, 2020). Sulla base di ciò si può allora affermare anche che la vera crisi sia data probabilmente dalla presenza dell'altro, dalla sua essenza, dal suo esserci, come soggetto, come corpo, ancor meglio come unione di anima e corpo. Infatti "quando Heidegger parla della cura come «struttura d'essere dell'esser-ci» (1999, p. 311), tematizza un fenomeno essenziale e irrinunciabile. Veniamo al mondo e permaniamo in esso come esseri bisognosi di cura. Tale bisognosità, che caratterizza il nostro esserci, rende evidente, nella prospettiva di un'irrinunciabile reciprocità, la necessità di prenderci cura degli altri, che condividono con noi la stessa condizione ontologica. Il lavoro di cura si qualifica come essenziale e irrinunciabile in virtù di alcune caratteristiche costitutive della condizione umana: la consistenza relazionale, la vulnerabilità, la fragilità e l'incompiutezza. L'esserci è con-esserci (Heidegger, 1976): l'essere nel mondo si esprime nella forma dell'abitare una dimora comune, dove il nostro vivere assume sempre i tratti di un con-vivere. Dell'altro non si può fare a meno: l'uomo mantiene la sua tensione costitutivamente relazionale anche quando la sua capacità di rapportarsi agli altri è carente o impoverita." (Mortari & Valbusa, 2020). Questo perché "l'Altro è arrivato ad imporsi come "evento traumatico" che confuta qualsiasi pretesa del soggetto di avere una presa sulla realtà, di riconoscere e di riconoscersi. È questo altro che ci impone obblighi assoluti. Conoscere l'altro significa conoscere un corpo e un'anima, un'interiorità che fa parte del mondo esterno a noi, oggetto e soggetto dotato di vita propria, esistente di per sé. Davanti a questo Altro che si impone, la cura non può essere che intenzionale, una pratica che ha luogo nell'ambito della relazione, che richiede un tempo lungo per costruirsi, che è attivata dall'interesse per l'altro, che si occupa di qualcosa di essenziale per l'altro. La cura mira a produrre benessere per l'altro e per questo acquisisce uno statuto etico (Mercuri, 2018). Si ritorna quindi ad un concetto di cui si era parlato in precedenza, l'etica, ma questa volta applicata al contesto della cura, poiché è al professionista che "spetterà di coltivare un'etica della pietà, un'etica del rispetto, un'etica dell'ascolto, un'etica del silenzio,

un'etica della durata nell'aver cura" (Mercuri, 2018). In questo caso, "l'etica, è intesa come «preoccupazione per l'essere dell'altro-da-sé» (ivi, p. 252). Gli spunti di riflessione su di essa offerti, possono essere integrati con l'affermazione di Dworkin, secondo cui la «sovra responsabilità etica» è rappresentata dal compito di rispondere alla chiamata a «fare qualcosa di valore della propria vita. Per questo motivo, l'etica può essere designata come la disamina delle questioni di fondo, che ci impegna a non ritenere mai conclusa la domanda su cosa sia bene e su cosa sia bene fare.» (Mortari & Valbusa, 2020). Ciò che dunque cambia in questo caso è che l'azione etica o virtuosa è diretta verso un'altra persona, di cui, come si diceva sopra si è responsabili e si deve per questo dimostrare di essere capaci di meritare quella responsabilità, che è uno tra i principali aspetti su cui si basa poi la relazione di cura. Allora "possiamo definire come propriamente etico quel sapere che cerca principi adeguatamente estesi, senza mai perdere di vista l'attenzione all'unicità delle persone a cui è rivolta l'azione etica. A conciliare queste due tensioni, quella che cerca un accordo quanto più ampio possibile e quella che è attenta alla particolare unicità dell'agire etico, è il pensare secondo virtù. Definendo un modo dell'esserci come una postura che orienta l'azione le virtù possono essere intese come modi dell'esserci attraverso cui la persona cerca di attualizzare nell'esperienza la ricerca di ciò che è del massimo valore per l'esistenza. L'etica delle virtù armonizza l'esigenza di un pensiero particolare e situato, perché attento all'inesauribile differenza delle situazioni problematiche, con l'esigenza di una decisionalità che tenga conto di una prospettiva generale. Questo perché la virtù, è fondamentale per comprendere quali sono le convinzioni che orientano il nostro agire, qual è la profondità emozionale con cui facciamo esperienza del nostro essere nel mondo e qual è la tessitura affettiva che dà forma alle nostre relazioni." (Mortari & Valbusa, 2020). Quando si parla di virtù però bisogna anche considerare che esse a dispetto di ciò che abbiano sostenuto alcuni autori, non siano innate e che ci vogliano impegno e disciplina per potenziarle fino a poter dire di possederle davvero, il che può avvenire solo nel momento in cui esse, da sforzo e sacrificio, diventino abitudine. Infatti "Aristotele esplicita inoltre una distinzione fra le virtù che si esercitano verso sé stessi e quelle che si esercitano verso gli altri, e suggerisce che le virtù che si esercitano verso gli altri sono di una qualità maggiore (Etica Nicomachea, V, 3, 1130a 7-8). È chiaro che l'agire virtuoso deve essere informato da un pensare meditato: «Le azioni virtuose non

sono compiute giustamente o in modo temperante, quando hanno una certa qualità, ma lo sono, se, inoltre, colui che agisce lo fa trovandosi in certe condizioni: prima di tutto se agisce consapevolmente, poi se ha compiuto una scelta e l'atto virtuoso è stato scelto per sé stesso, in terzo luogo se agisce con una disposizione salda e insieme immutabile» (II, 3, 1105a 28-33). Si può dunque considerare la teoria aristotelica, che interpreta le virtù come modi di essere, alla luce del metodo maieutico socratico, che sollecita un continuo lavoro del pensiero: questa concezione porta alla decostruzione dell'idea che le virtù possano diventare una seconda pelle dell'anima, perché sottoporre le idee a una continua disamina critica le protegge dal diventare modi irriflessivamente abituarli dell'esserci.» (Mortari & Valbusa, 2020). Oltre a ciò, può risultare interessante anche notare ciò che sostiene Mac Intyre a riguardo, il quale indica che "l'esercizio della virtù richiede... una capacità di giudicare e di fare la cosa giusta nel posto giusto e nel giusto momento, ma anche nel giusto modo. L'esercizio di tale giudizio non è un'applicazione routinaria di norme" (Arries E. Curationis, 2005). A questo punto però ci si potrebbe chiedere quale sia il ruolo delle emozioni e della motivazione in questo contesto, dato che finora ci si è concentrati più che altro su quello della disciplina, dell'esercizio e dell'impegno, per il conseguimento e poi, per l'uso delle virtù. Esse "sono strettamente legate alle emozioni di una persona; la motivano a fare la cosa giusta. Secondo Platone, maestro di Aristotele, le virtù fanno riferimento sia alle emozioni, che alla forza di volontà (<http://aristotle'sethics.stanford.edu>). In questo caso le emozioni e la motivazione sono caratteristiche importanti delle virtù (Kristjansson, 2000:193-195). Usare un approccio etico basato sul principlismo, richiede che le emozioni siano scartate o messe da parte durante il processo di presa decisioni (Edwards,1996:123). Infatti, quando ci si trova a dover affrontare una situazione difficile dal punto di vista morale, ci si aspetta che gli infermieri gestiscano e riconoscano gli aspetti morali di quella situazione, il che richiede l'uso di processi cognitivi. Comunque, percepire la natura etica di una situazione, non riguarda solo l'uso di processi cognitivi. Le emozioni di un'indole equilibrata, ci rendono sensibili a particolari circostanze e ci aiutano a far luce su ciò che percepiamo in una particolare "situazione morale" [...] questo non significa che gli infermieri non debbano considerare le loro emozioni durante i processi di presa decisioni, ma dovrebbero imparare a controllarle. Esse non dovrebbero essere accettate come reazioni istintive e ingestibili al dilemma morale, ma come sensibilità

che caratterizzano i nostri giudizi morali (Kristjansson, 2000:194).” (Arries E. Curationis, 2005). Chiarito il ruolo delle emozioni nella pratica infermieristica quando si parla di virtù, ora bisogna stabilirne lo scopo, ovvero capire quale sia il fine, quando si parla di prendere certe decisioni con eticità. Infatti “nel pensiero aristotelico c’è un *telos* o traguardo definitivo verso cui tutte le azioni dell’essere umano sono rivolte. Aristotele lo definisce “eudaimonia”, che è spesso tradotta come “felicità” o “benessere” (Asby, 1997:34; Hospers, 1997:254; Arrington, 1998:67). Questo stato di eudaimonia o felicità crea una interazione tra i vari aspetti della vita, per raggiungere il fine o il sommo bene e secondo Aristotele è presente nella natura dell’essere umano (Arrington, 1998:67), la quale è riflessa nella loro funzione. La nostra funzione, come esseri umani, è l’unica cosa che ci distingue dalle altre creature dell’universo, per esempio la nostra abilità di riflettere sulle nostre azioni, in poche parole, di pensare razionalmente. Per questo la ragione è la nostra unica funzione, il nostro “telos” nella vita (Washburn 2003:77). E per questo lo stato di eudaimonia o felicità che Aristotele aveva in mente era profondamente radicato in quello di gioia che una persona raggiunge dalla sua abilità di ragionare, è una felicità che dura e che vale la pena possedere, che fa fiorire la persona che la possiede.” (Arries E. Curationis, 2005). Il termine “fioritura” risulta in questo caso molto azzeccato, se si considera il suo significato in maniera più ampia. “Esso è stato proposto da Anscombe come traduzione del termine “eudaimonia”, il quale per la sua difficoltà di interpretazione ha portato non poche complessità conseguentemente anche nella traduzione, ma quella di Anscombe risulta essere la più pertinente, ma soprattutto coerente con il significato che Aristotele per primo aveva dato a questo termine. Cos’è la fioritura di un essere umano? Come quella delle piante, la fioritura di un essere umano consiste nel fatto che egli sviluppa le potenzialità che sono tipiche della specie vivente cui appartiene, riuscendo a condurre una vita soddisfacente. La felicità intesa come lo stato d’animo che si può provare quando accade qualcosa che ci rende particolarmente contenti e che migliora il nostro umore, ha un legame solo indiretto con la fioritura. Allora è ragionevole pensare che una persona che riesce a “fiorire” sia una persona che riesce anche a essere felice in molte circostanze, ma ciò non vuol dire che scopo della virtù sia promuovere la felicità in quanto tale. (Ricciardi, 2001). A questo proposito “con Philippa Foot, il ritorno all’etica delle virtù, ispirato dall’esigenza di una teoria situata, sembrerebbe inserirsi in una visione relativistica

dell'etica. Per quanto non sia sostenuto inequivocabilmente il relativismo, si rifiuta l'idea che l'etica possa fornire norme dal valore transculturale, giustificabili con il riferimento a ragioni universali, e si ritiene che la concezione aristotelica possa supportare una posizione relativistica; la teoria di Aristotele invece combina l'attenzione alla specificità delle diverse situazioni con la ricerca di un riferimento extra contestuale, che è rappresentato da un'unica e generale idea di bene e, di conseguenza, da un unico modo di concepire il fiorire dell'umanità della persona (Nussbaum, 2012, p. 447). [...] Allora sarebbe più giusto affermare che si tratta di cercare quelle condizioni esperienziali che consentono di concretizzare il nostro slancio alla trascendenza, che è quella chiamata all'ulteriore che ci fa avvertire la responsabilità di andare oltre ciò che è già dato per portare a fioritura il meglio di noi.” (Mortari & Valbusa, 2020). È la virtù, dunque, che fa fiorire l'uomo, o meglio che lo conduce alla fioritura e che lo fa godere di essa e dei suoi frutti, ottenuti, come si diceva con disciplina e impegno costanti. Per questo motivo, infatti, le virtù vengono definite “correttive” dalla Foot, la quale sostiene che “esse sono tali, perché ciascuna si trova dove c'è qualche tentazione e si deve resistere o qualche carenza di motivazione da compensare. Come diceva Aristotele, le virtù riguardano ciò che è difficile per le persone” (Foot, 2002). In particolare, l'esercizio deve essere quotidiano e non sporadico, o risulterà inutile. Inoltre “Il passo dell'Apologia in cui Socrate afferma che «il bene più grande per l'uomo è fare ogni giorno ragionamenti sulla virtù» (38 A) va interpretato ricordando che nei dialoghi i suoi interlocutori non sono sollecitati ad apprendere idee già confezionate, ma un metodo di pensiero. [...] che, se la qualità dell'agire dipende dalla qualità della conoscenza che si acquisisce sulle questioni etiche, allora per apprendere ad agire in modo virtuoso è importante ragionare sulle virtù per acquisire conoscenza su cosa esse essenzialmente sono.” (Mortari & Valbusa, 2020). “Per questo anche gli infermieri come agenti morali hanno ugualmente bisogno di una certa disposizione per usare la loro ragione, la quale, in quanto virtù, indica un certo grado di eccellenza dell'anima (*areth*).” (Arries E. Curationis, 2005). Quali sono allora le virtù, che nello specifico un infermiere dovrebbe possedere? “Agire in modo virtuoso significa prima di tutto sentirsi responsabili per l'altro, agire con generosità, avvicinare l'altro con reverenza, avere coraggio.” (Mortari & Valbusa, 2020). Infatti “oltre alle virtù cardinali approfondite dagli antichi filosofi greci, come la virtù del coraggio, della temperanza, della prudenza

e della giustizia, Botes e Roussow' (1995:26), hanno descritto l'empatia, la riflessione, la dedizione, l'onestà, l'imparzialità, la responsabilità e il rispetto per le persone come virtù proprie dell'infermiere come agente morale. Oltre a questo Beuchamp e Childress (2001:32-38), hanno considerato le seguenti cinque virtù applicabili alle professioni di cura: attendibilità, integrità, discernimento, compassione e consapevolezza. [...]. In questo caso un infermiere che dimostri queste virtù in modo equilibrato, può essere visto come un infermiere virtuoso, il quale è anche un infermiere etico, perché ha un profondo desiderio di comportarsi bene al di là delle circostanze". (Arries E. Curationis, 2005). Una delle principali virtù di cui si sia parlato, è il coraggio, infatti "Avvicinare l'altro con reverenza significa avere rispetto, agendo questa virtù nei gesti e nelle parole. Si tratta di lasciar essere l'altro nella sua alterità, senza assimilarlo dentro concetti generali in cui la sua unicità diventa invisibile o dentro pregiudizi che impediscono alla sua personalità di esprimersi per quello che è davvero. La virtù del coraggio ha invece a che fare con la denuncia delle situazioni di incuria; in questi casi l'antica parresia è intesa come la presa di posizione pubblica per innescare un processo trasformativo; è un gesto di cura che nasce dall'attenzione per la situazione dell'altro e dall'impegno a contribuire ad un cambiamento migliorativo della realtà." (Mortari & Valbusa, 2020). Ed è proprio questa l'essenza del caring, la quale "si declina con: il prestare attenzione; il sentirsi responsabile per l'altro; l'agire con delicatezza e tenerezza (sentirsi trattato con delicatezza significa sentirsi rispettati e il ricevere rispetto, necessario a farci sentire soggetti, aiuta a trovare la forza vitale per affrontare le difficoltà della malattia); l'aver fermezza e l'indignarsi di fronte all'incuria, di fronte alla negligenza;" (Mercuri, 2018). Per quanto riguarda il coraggio invece, esso è spesso unito alla giustizia, la quale, "può essere vista come un principio e come una virtù, ove come principio, indica equità ed imparzialità, mentre come virtù permette all'infermiere di avere una consapevolezza di essa e uno speciale riguardo per la vulnerabilità di un paziente. Egli, infatti, decidendo di fare ciò che è giusto, compie essenzialmente un atto di coraggio: un infermiere coraggioso, è colui che è capace di pensare liberamente, che intraprende azioni responsabili e le mette in pratica. Comunque, agire coraggiosamente non può essere sempre giustificato come esatto, sulla base delle sue conseguenze, ad esempio quando mosso da compassione. Devono inoltre essere considerati altri aspetti legislativi (Lutzen & Da Silva, 1996:209). In questo caso non è la conseguenza

dell'azione che è il principio- guida, ma la coscienza virtuosa e la fiducia che il paziente ha nell'infermiere di sostenerlo, che dovrebbe motivare l'infermiere. (MacIntyre, 1998:57). Per dimostrare che la virtù come giustizia ha bisogno di saggezza pratica, (virtù intellettuale), che è motivata da una virtù del carattere (virtù morale) a decidere come agire per prendere la decisione migliore. Per questo le virtù infermieristiche permettono ai professionisti non solo di fare ciò che è giusto, se applicassero le norme e le leggi, ma anche di fare bene la cosa giusta. Per questo la giustizia intesa come virtù implica anche il rispetto per l'integrità o dignità del paziente, che non è solo un problema di imparzialità o di equità. (Lutzen & Da Silva, 1996:209.)” (Arries E. Curationis, 2005)

Oltre a queste, bisogna però anche considerare altre virtù che insieme alle altre, concorrono alla creazione di un infermiere che possa essere ritenuto davvero completo. Una di esse è la generosità, infatti “per poter cogliere la qualità dell'esserci dell'altro, occorre essere capaci di un pensare emotivamente denso: solo se si è toccati, a livello emotivo, dalla condizione dell'altro si avverte la responsabilità di rispondere alla chiamata a fare qualcosa che da essa viene. Agire con generosità significa sapersi porre nei confronti dell'altro secondo una logica donativa: l'azione di cura sua qualità più intensiva, è nella sua essenza gratuita, non chiede nulla in cambio.” (Mortari & Valbusa, 2020). Un'altra importante virtù è poi quella della pazienza, la quale in un proverbio popolare, viene indicata come “la virtù dei forti”. Ebbene, chi c'è di più forte di chi debba assistere una persona ammalata, che debba immedesimarsi e comprendere, anche quando non gli riesce, o quando è in difficoltà? Si può essenzialmente affermare che la pazienza sia uno dei tratti più importanti della professione infermieristica se non il più importante, o quello su cui essa è basata, poiché esso è un aspetto che al suo interno ne contiene e ne coinvolge molti altri. Si può anzi affermare che non si possa essere infermieri senza essere pazienti prima di tutto. Tutti i giorni, infatti, nella sua pratica lavorativa, l'infermiere osserva e si interfaccia con la sofferenza delle persone e dunque, stando alla etimologia della parola, con la loro pazienza. Essa, infatti, originariamente significava proprio “sofferenza”, intesa come fisica e psichica e solo successivamente ha assunto il significato che le viene attribuito oggi. Indica la facoltà umana di rimandare la propria reazione alle avversità, più o meno gravi che siano, mantenendo nei confronti dello stimolo un atteggiamento neutro e tendenzialmente positivo. La

pazienza è una qualità e un atteggiamento interiore proprio di chi accetta il dolore, le difficoltà, le avversità, le molestie, le controversie, la morte, con animo sereno e con tranquillità, controllando la propria emotività e perseverando nelle azioni. È la necessaria calma, costanza, assiduità, applicazione senza sosta nel fare un'opera o una qualsiasi impresa. Essendo questa una virtù, quindi, va da sé che sia anche fondamentale il suo esercizio, il quale come si diceva anche per tutte le altre virtù, deve essere costante e non sporadico. Si deve cioè arrivare ad interiorizzare la pazienza, la capacità di soffrire con e per l'altro e di conseguenza poi di accettare quella sofferenza con la forza che questo difficile atto necessita. Nello specifico, quella dell'infermiere è un tipo di pazienza molto particolare: essa è una pazienza dell'ascolto, dell'esserci e dell'essere, ma soprattutto dell'attendere, ove l'attesa purtroppo non sempre è automaticamente di guarigione. Ciò significa che nonostante l'impegno e la tenacia posti nell'attendere, può accadere che essa non si realizzi e che in realtà ci si renda conto di aver atteso qualcosa che non si sia poi verificato. A questo punto subentra un altro tipo di pazienza che è quella dell'accettazione, ma non della rassegnazione. Si arriva cioè ad un punto in cui si realizza che le cose non sono andate come si sperava ed è lì, proprio lì che ci vuole pazienza. Quella di perdonarsi ed accettarsi anche e prima di tutto come uomini e quindi con potenzialità ed energie limitate. Si è infatti detto quanto la fragilità fosse presente già di per sé nell'uomo e che anzi costituisse una delle sue caratteristiche essenziali, ovvero proprie della sua essenza. In questo senso c'è un'altra virtù strettamente collegata alla pazienza che fa più di ogni altra forse, riferimento alla condizione di fragilità umana ed è la forza. Infatti "è importante premettere che noi possiamo essere forti, fermi, coraggiosi e resistenti solo a partire dal fatto che siamo fragili. Ciascuno di noi è fragile corporalmente ed è vulnerabile psicologicamente. [...] D'altra parte, se non ci sapessimo vulnerabili, non riusciremmo mai ad essere coraggiosi, a crescere nella forza. [...] forte è colui che conosce la propria fragilità e ne prende coscienza. [...]" (Martini, 2010). Risulta allora molto pertinente il paragone con la pazienza, per cui "la forza si esprime al meglio nel resistere, nel vivere la virtù cristiana della pazienza e non nell'aggressività dell'attacco (si è forti perché si attacca). La grandezza d'animo del cristiano e la sua magnanimità, si rivelano nella sua paziente forza" (Martini, 2010). Alla base c'è quindi l'ammissione della propria fragilità e dunque anche del proprio essere limitati e finiti come essere umani. È qui che subentra

un'altra importante virtù, ovvero quella dell'umiltà, la quale indica esattamente l'ammissione dei propri limiti, del proprio essere finiti e non invincibili. Il termine umiltà deriva dal latino "humilis", che letteralmente significa "proprio della terra", "basso" ed è ciò che permette all'uomo di rifuggire la superbia, l'orgoglio, la sopraffazione e la prepotenza. In particolare "in alcune religioni l'umiltà può essere vista come la capacità di riconoscere ed indagare la Verità su di sé. È la virtù che porta alla consapevolezza della propria identità, dei propri limiti e della propria forza, che permette di entrare in una vera relazione con gli altri. Essere umili significa inconsciamente amare il prossimo come esperienza di vita, sentimentale, lavorativa e sociale senza alcuna distinzione o disparità. [...] la persona veramente umile, infatti, tende a cercare l'auto-realizzazione della propria vita cercando di aiutare il prossimo [...] Essere umili, porta ad uno stadio superiore di consapevolezza, infatti, una persona umile sa di essere imperfetta e che quindi dovrà impegnarsi molto per continuare a migliorarsi. Accetta le critiche costruttive e impara dai propri errori. Questo perché [...] imparare a distaccarsi dal proprio ego è la chiave per imparare a vedere la realtà dei fatti, ma ciò, [...] non significa che si debba permettere agli altri di essere calpestati. Inoltre, l'essere umile non significa neanche essere codardi, evitando quindi il confronto o il conflitto per apparire buono, come non significa mentire alle persone che si amano, nascondendo i sentimenti, le emozioni o delle critiche che rischiano di offendere o allontanare gli altri. Essere umili significa vivere senza sentire la necessità di vivere elevandosi sopra agli altri, ma neanche sminuendosi mettendosi al di sotto." (Eterno, 2021). Oltre alle virtù citate ed approfondite finora però, bisogna anche considerare la presenza di altre due, a cui spesso non viene dato il giusto rilievo. Esse sono l'integrità e il rispetto, ove in particolare "integrità significa essere fedeli agli impegni di una persona; è focalizzata sugli infermieri come persone e sulla loro dedizione nei confronti dei loro pazienti (Gaul, 1995:133)." (Arries E. Curationis, 2005), essa permette di conseguenza di trattare la persona con rispetto, perché essere rispettosi di una persona, significa prima di tutto rimanere fedeli alle promesse fattele e agli impegni presi nei suoi confronti.

In ultimo si va ad affrontare un'altra importante virtù che è la compassione, la quale consiste in una comunanza di dolore, un sentire con l'altro ed essere connessi con l'altro, ma anche son sé stessi. Le prime teorie a riguardo sono state formulate da

Bowlby, avendo come tema principale l'attaccamento umano: il tutto partirebbe dal rapporto che il bambino svilupperebbe con la madre già dai primi minuti di vita. Se esso dovesse risultare alterato o squilibrato, si potrebbe arrivare ad avere quello che viene definito come "distacco emotivo", ovvero a quell'incapacità di sentire il proprio dolore e di ovvia conseguenza anche quello di un'altra persona. Se ad esempio verrà sviluppato un modello di attaccamento "sicuro", probabilmente la persona riuscirà anche ad avere la capacità di ascoltare sé stesso e dunque l'altro, riuscendo così ad essere non solo compassionevole, ma anche auto compassionevole. Alla base c'è l'ascolto del dolore proprio o di un'altra persona, che permette di affrontarlo e poi superarlo, il che sarebbe impossibile senza considerare la necessità di essere prima di tutto presenti a sé stessi. Spesso il sentimento della compassione viene inoltre confuso con quello dell'empatia, il che risulta essere un errore, poiché il primo consiste essenzialmente solo nella condivisione del dolore di un'altra persona, mentre l'empatia comprende anche, condividere la felicità od altre emozioni positive, come altrettanto spesso si verifica un certo fraintendimento anche nei confronti del termine "pietà", il quale indica un sentimento di affettuoso dolore e profondo sentimento con forte e commossa partecipazione nei confronti di chi soffre. (Gamba, 2019). In questo senso risulta fondamentale quella che viene definita "intelligenza emotiva" ed è "intesa come competenza personale e sociale. Può essere anche descritta come "la capacità di comunicare con efficacia con noi stessi e con gli altri". Essa comprende un variegato insieme di macro-competenze per gestire al meglio se stessi (padronanza personale) e agire una comunicazione efficace e sinergica con gli altri (influenza relazionale).

– la competenza personale (determina il modo con cui controlliamo noi stessi):

- auto consapevolezza
- gestione delle emozioni
- motivazione

– la competenza sociale

- Empatia
- abilità sociali

In particolare, Goleman si riferisce con questo termine, alla capacità di riconoscere i nostri sentimenti e quelli degli altri, di motivare noi stessi e di gestire positivamente le nostre emozioni, tanto interiormente quanto nelle nostre relazioni ed è ciò che la rende

una miscela equilibrata di motivazione, empatia, logica ed autocontrollo che consente, imparando a comprendere i propri sentimenti e quelli degli altri, di sviluppare una grande capacità di adattamento e di coinvolgere opportunamente le proprie emozioni, in modo da utilizzare i lati positivi di ogni situazione. Tra queste abilità, per esempio, c'è la capacità di motivare sé stessi e di continuare a perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni; la capacità di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione; la capacità di modulare i propri stati d'animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare; la capacità di essere empatici e di sperare.” (Del Debbio, 2014)

Di fondo quindi, ci dovrebbe essere proprio una consapevolezza, che possa portare alla conoscenza sempre più profonda della propria natura, per poter poi riuscire a dire di sentire avvero l'altro e di diventare l'altro e soffrire con e per lui. Non a caso Sant'Agostino diceva “noli foras ire, in te ipsum redi, in interiore homini habitat veritas”, che in italiano viene tradotta come “non uscire, torna in te stesso, è nell'interiorità dell'uomo che risiede la verità”, una frase che ancora oggi viene citata per la sua profondità, nonché per la sua grande attualità e applicabilità al tempo presente. Non bisogna dimenticarsi infatti che nonostante al giorno d'oggi la techne potrebbe sembrare aver vinto sulla psiche, ovvero che la dimensione spirituale dell'uomo sia sempre meno considerata (nelle righe precedenti si era parlato di quella che Mortari aveva definito come “crisi della coscienza etica”), la persona che ci troviamo di fronte è pur sempre un uomo, è umana e dunque va trattata come tale, con tutto il rispetto, la gentilezza e la compassione possibile, cercando in tutti i modi di esserle vicini. Il tutto deve però partire da uno slancio interiore, da una decisione, nonché dall'acquisizione di competenze che permettano di poter dire davvero di saper fare nonché di saper essere ciò di cui essa ha bisogno. Del resto, come è detto nel film “Capri revolution”, “Tu vuoi giustizia e pace per gli esseri umani, ma che umani siamo, se non proviamo compassione?” (Martone, 2018)

È fondamentale quindi, come già espresso più volte nel corso di questo elaborato, che in primis si consideri la dimensione umana della persona curata, nonché della persona che cura. Infatti “c'è un generale accordo tra gli infermieri per quanto riguarda il considerare la cura, una caratteristica centrale dell'infermieristica. Per questo la cura stessa deve essere una virtù, intrinseca al carattere di un infermiere. Noddings (in Botes, 1997:10), distingue la cura naturale da quella etica. Quella naturale si riferisce a

situazioni in cui le persone agiscono volontariamente nell'interesse degli altri. Dall'altro lato, la cura etica nasce proprio da quella naturale. Comunque, la cura come virtù prevede una intrinseca disposizione o attitudine ed è basata su un profondo senso di responsabilità ed empatia e su una analisi dell'agire a partire dalla virtù del curare. Van Hooft (1999:200) conclude che il caring coinvolge entrambi gli aspetti, quello del pensare bene e sentirsi bene, e porsi un giusto traguardo nel contesto di una pratica di cura etica. Ciò pervade tutti gli aspetti che riguardano i professionisti della salute e diventa un orientamento pieno e totale della loro identità professionale. In questo modo, entrambi, le loro emozioni e il loro pensiero, determineranno la qualità del caring. Agire partendo dal prendersi cura, o agire bene, o virtuosamente, nel contesto della cura della salute prevede la consapevolezza della sensibilità, una giusta motivazione e un giudizio razionale e valutativo. Perché essere un infermiere che si prende cura davvero, è definitivamente sufficiente per essere sicuri di essere una persona che agisca bene. (Van Hooft, 1999:200)”

Capitolo 4. Una virtù moderna: la resilienza

Si va ora ad affrontare l'ultimo tema di questo elaborato, che è la resilienza, considerata nell'ambito della professione infermieristica, la quale può essere definita come una capacità di forte resistenza di fronte a situazioni particolarmente stressanti. Sono stati molti, infatti, gli studiosi o generalmente coloro che si sono interessati a questo aspetto, tanto che si stima che i primi documenti a riguardo, siano stati redatti già a partire dal 1626! A questo punto ci si potrebbe chiedere perché, se le sue origini sono così antiche, essa, nel titolo di presentazione sia stata definita moderna. Ciò deriva dal fatto che pur essendo stata già approfondita in passato, solo negli ultimi anni, si è cominciato a considerarla come applicabile anche ad un nuovo contesto, quello della assistenza infermieristica. Il termine in sé deriva dal latino "resiliens, entis" che significa letteralmente "rimbalzare", per questo è profondamente connessa anche con termini quali, "elasticità", "flessibilità" e "resistenza", che rimandano tutti alla capacità di un corpo di resistere agli urti senza spezzarsi. Della resilienza sono state date moltissime definizioni diverse, anche a seconda della disciplina a cui si facesse riferimento, ad esempio in fisica indica l'attitudine di un corpo a resistere senza rotture in seguito a sollecitazioni esterne brusche o durature di tipo meccanico, o in biologia è definita come la capacità di auto-ripararsi dopo un danno, mentre in ecologia si riferisce al fatto che tanto più un ecosistema è dotato di variabilità dei fattori ambientali, tanto

più le specie che vi appartengono sono dotate di un'alta resilienza. Nel linguaggio informatico la resilienza di un sistema operativo è rappresentata dalla sua capacità di adattamento alle condizioni d'uso e di resistenza all'usura. Oltre ad essi però bisogna soprattutto considerare questo aspetto soprattutto dal punto di vista psicologico, per poterlo poi applicare alla professione infermieristica, come si diceva inizialmente. “Esso viene utilizzato dalla psicologia e dalla sociologia per indicare la capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo e potenziando le proprie risorse sul piano personale e sociale (Cresti, 2017); le neuroscienze infine, pongono il focus sulla funzione plastica del cervello, capace di sostenere il soggetto traumatizzato grazie alla riattivazione funzionale di circuiti neuronali del benessere (LeDoux, 2014).[...] infatti è proprio la possibilità di trasformare un evento doloroso, o più semplicemente stressante, in un percorso di apprendimento e di crescita, incontra il tema della resilienza (Cyrułnik, Malaguti, 2005).” (Zavaglio & Corniati, 2017) . Nonostante, dunque sia stato detto che non esista ancora una definizione univoca di resilienza, si può affermare però che di essa siano chiare le cause, ovvero da cosa venga scatenata. Il fattore primario è lo stress, anch'esso un concetto moderno, definito come “una reazione che si manifesta quando una persona percepisce uno squilibrio tra le sollecitazioni ricevute e le risorse a disposizione. Si tratta, precisamente, di una sindrome generale di adattamento (SGA) atta a ristabilire un nuovo equilibrio interno (omeostasi) in seguito a fattori di stress (stressors). Le alterazioni dell'equilibrio interno possono avvenire a livello endocrino, umorale, organico, biologico. Il termine stress venne introdotto per la prima volta in biologia da Walter Bradford Cannon nel 1935; la sindrome venne definita in questo modo da Hans Selye nel 1936” (Mariuzzi, 2017). “Lo stress viene in questo caso definito come lavoro-correlato e i settori più studiati risultano essere proprio quelli delle professioni d'aiuto nel cui contesto le caratteristiche sociali ed organizzative del lavoro possono generare fenomeni di disadattamento, reazioni di stress e malattie correlate con la professione. [...] Detto questo però esiste una profonda differenza tra il concetto di “pressione”, un fattore talvolta positivo e motivante, e lo stress che insorge quando il peso di tale pressione diventa eccessivo. [...] A questo proposito, la psicologa Christina Maslach, indica tra le principali cause:

- Il sovraccarico di lavoro

- Mancanza di controllo sul proprio lavoro: incapacità di stabilire le priorità del lavoro quotidiano, di scegliere gli approcci da adottare nel lavoro e di prendere decisioni circa l'utilizzo delle risorse è fondamentale per essere un professionista. Le politiche che interferiscono con questa capacità riducono l'autonomia individuale e il coinvolgimento con il lavoro. Quando gli infermieri non hanno controllo su dimensioni importanti del lavoro, ciò impedisce loro di rispondere ai problemi nel modo più adeguato. Le restrizioni influenzano anche il senso di auto efficacia di questi operatori, poiché diminuiscono la loro capacità di controllare cosa avviene nel loro lavoro
- Gratificazione insufficiente: l'attuale crisi nel mondo del lavoro si ripercuote sulla capacità dell'organizzazione di gratificare le persone in modi sensati.
- Crisi del senso di appartenenza all'organizzazione: la mancanza di senso di comunità si verifica quando le persone perdono il rapporto positivo con i colleghi del posto di lavoro. Le persone rendono al meglio quando l'apprezzamento, il benessere, la gioia e il senso dell'umorismo sono condivisi con gli altri individui verso cui si prova simpatia e rispetto. [...] Il più deleterio per il senso di comunità è il conflitto cronico e irrisolto.
- Mancanza di equità percepita

Tutto ciò sottolinea come lo stress lavoro-correlato incida sul benessere e sulla sicurezza dell'infermiere: l'individuo stressato commette maggiori errori professionali, rende di meno, è più vulnerabile allo sviluppo di patologie fisiche o psichiche, è più esposto al rischio di infortunio lavorativo, può assumere stili di vita disfunzionali." (Del Debbio, 2014). Oltre a questi fattori, ne è presente un altro, che spesso non viene considerato alla stregua degli altri, pur rivestendo una grande importanza. Se si pensa infatti all'impegno che ci sia nell'assistenza ad un paziente, non è difficile capire perché un dei motivi di stress più frequenti nel campo dell'infermieristica, o generalmente nelle professioni d'aiuto, sia la responsabilità che è insita naturalmente già di per sé nell'atto curativo stesso. Ciò è dato dal fatto che parlare di responsabilità, indica l'averne l'altro nelle proprie mani e dunque avere un potere su di lui. Si ritorna così ad un concetto che era già stato affrontato nel corso di questo elaborato, ovvero quello del potere e del dominio nelle pratiche di cura. in questo caso allora, lo stress deriverebbe non tanto dal

potere in sé, piuttosto dalla gestione stessa del potere, situazione di fronte alla quale molti professionisti si sentono inadeguati, o sprovvisti dei mezzi necessari. Questo perché il potere e il dominio, sono l'altra faccia della medaglia, quando si parla di professioni cura o meglio di pratiche di cura, le quali, non a caso, sono definite dall'antropologo Di Lernia, "pratiche di nominazione", perché "la malattia, riscrive la vita, perché iscrive in essa nuovi e *potenti* significati, conferendole nuovo senso, nuova direzione. [...] La diagnosi, infatti, è il titolo o nome di una nuova storia, di una nuova vita e della sua narrazione. [...]. La nominazione, è infatti per definizione pratica di potere poiché [...] diagnosticare, proprio come l'atto del dare un nome, è una categoria del tempo, perché genera una nuova forma, impensata e impensabile prima, della sintesi "passato, presente e futuro": attengono al passato l'*aitia* delle colpe e delle cause e la teodicea del perché, attengono al presente i rapporti di forza, la resistenza e la compliance, la vigilanza e il discernimento, la comprensione e la consapevolezza, attiene al futuro della teologia del "perché?", della speranza e della di-speranza. Per questa intrinseca storicità, la diagnosi è sempre una funzione biografica, perché si iscrive nella storiografia personale, è biografia in quanto incisione del segno della malattia nella vita, è biografica perché descrive la vita attraverso la malattia e il suo nome. Questo perché il paziente subisce un processo di identificazione con e nella malattia, ma [...] naturalmente le malattie non si verificano nel corpo, bensì nella vita, nel tempo, nel luogo, nella storia, nel contesto dell'esperienza vissuta e nel mondo sociale. Il loro effetto è sul corpo nel mondo. (Good op. cit. pag. 204). In poche parole, la malattia diventa il mondo. E invece le pratiche mediche sono concepite, evidentemente, per localizzare la sofferenza in una parte precisa del corpo. [...] si circoscrivono e descrivono i confini della malattia, se ne indicano lo spazio, la dimensione, la progressione" (Di Lernia, 2008). È da questo, dunque, che deriva lo stress, dalla responsabilità del nominare e di diretta conseguenza definire, perché nominare è sempre definire. Allora ci si trova a volte chiamati a definire e nominare ciò che non lo sia, che per sua natura non ha confini, né limiti, che ha insita nella sua essenza l'impossibilità di essere detto e così, circoscritto, come il silenzio e la malattia: essi sono essenzialmente indicibili. Lo stress crescente finisce quindi per portare ad una situazione di pressione estrema che viene definita *burnout* il quale è indicato come un meccanismo di difesa e una strategia che viene messa in atto in risposta a stimoli di

tensione e porta progressivamente a distacco ed evitamento, fino all'esaurimento, che si manifesta come "una perdita di interesse per le persone con cui si lavora in risposta allo stress lavorativo, il ritiro psicologico dal lavoro in risposta all'eccessivo stress o all'insoddisfazione, con perdita di entusiasmo, interesse e impegno personale, disaffezione al proprio lavoro caratterizzata da delusione, insofferenza, intolleranza, sensazione di fallimento.

I sintomi sono essenzialmente determinati da:

- crollo delle energie psichiche
- crollo della motivazione
- caduta dell'autostima
- perdita di controllo

Alla base c'è quello che viene definito "benessere organizzativo" che è quell'insieme di condizioni culturali e organizzative che determina la qualità della convivenza nei contesti lavorativi, ma ancor prima del concetto di benessere organizzativo c'è quello di benessere in generale il quale può essere definito come l'insieme di "ciò che rende le esperienze e la vita piacevoli o spiacevoli, ma anche analizzato sotto prospettive diverse a seconda del diverso approccio teorico: si parla di benessere "edonico" quando è concentrato sulla soddisfazione della vita e sulla dimensione affettiva, intesa come presenza di uno stato emotivo positivo e/o di uno stato emotivo negativo. Si parla invece di benessere "eudaimonico" quando ci si riferisce al concetto dell'autorealizzazione di sé stessi e si mette in relazione alla condivisione di obiettivi." (Del Debbio, 2014). In mancanza quindi di questo benessere, individuale o organizzativo che sia, si verificano situazioni stressanti, come si diceva, le quali richiedono appunto che lo stress venga di conseguenza fronteggiato, con la tecnica che viene definita "coping", dal verbo inglese "to cope" che significa proprio "essere resistente o resiliente" e che quindi risulta molto pertinente in questo contesto. In particolare "Wenner e Smith (1992) hanno verificato che perché si possa attuare una strategia di coping è necessario che le persone abbiano la certezza o buone probabilità di poter superare le avversità." (Del Debbio, 2014). Oltre allo stress però ci sono anche altri fattori, che portino il professionista o più in generale una persona, a mettere in atto meccanismi di resilienza. Gli antecedenti della resilienza "secondo Walker e Avant

(2005), sono elementi o situazioni che precedono il verificarsi del concetto. Tutti gli autori sono concordi sulla necessità di un'avversità affinché la resilienza possa manifestarsi: infatti solo in presenza dell'avversità si rivelano le scelte coscienti o incoscienti di reintegrazione resiliente (Richardson et al.,1990), poiché i disagi permettono all'individuo di apprendere e verificare la capacità di resilienza (Richardson, 2002).” (Limardi, 2020). Da qui si procede poi con la effettiva messa in atto dei meccanismi di resilienza: “tra le definizioni più recenti, riferite alla resilienza come caratteristica personale, troviamo quella elaborata da Richardson (2002) e ripresa da Jackson nel 2007, che definisce la resilienza come l'abilità di far fronte e di recuperare uno stress trasformandolo in esperienza positiva di apprendimento (Grafton et al., 2010). Nel 2004 Tusaie & Dyer individuarono la resilienza personale come una combinazione di abilità e caratteristiche che interagiscono in modo dinamico per permettere a un individuo di “rimbalzare in avanti” e di far fronte a difficoltà significative. Infine, nel 2007, Jackson, Firko e Edenborough definirono la resilienza come un requisito appartenente alla persona, inteso come l'abilità di adattarsi di fronte alle avversità mantenendo un equilibrio e un senso di controllo sul contesto e orientandosi in modo positivo. [...] Infatti, nell'ambito dei numerosi studi eseguiti sull'argomento, è da tempo in atto un acceso dibattito che considera la resilienza da due punti di vista: come un tratto di personalità, fisso, stabile nel tempo e, quindi, misurabile, o come un processo dinamico che varia in differenti contesti (Connor, Davidson, 2003). La resilienza come tratto del carattere innato è stata definita da Wagnild e Young (1993) come una caratteristica personale che modera gli effetti negativi dello stress e promuove l'adattamento.” (Zavaglio & Corniati, 2017). Essa è la cosiddetta “ego-resilienza”, che è una caratteristica personale dell'individuo e non necessita necessariamente di una esposizione al rischio per manifestarsi. “La resilienza come processo, invece, è stata definita non solo come un insieme di caratteristiche possedute da un individuo, ma come un processo dinamico usato dagli individui per utilizzare le risorse utili a far fronte alle difficoltà e quindi in grado di essere insegnate e acquisite (Grafton et al., 2010) e si manifesta solo alla presenza di un rischio elevato ed evidente, di uno stress e solo se produce cambiamento positivo. [...] Viene vista come un processo dinamico che varia in differenti contesti. Richardson cerca di superare questa contrapposizione rileggendo le due diverse posizioni come due fasi all'interno

dell'evoluzione degli studi su di essa. Egli sostiene che le qualità resilienti sono presenti in misura diversa in ognuno di noi fin dalla nascita, ma allo stesso tempo possono essere potenziate in modo diverso durante l'arco della vita. Si evince, pertanto, che la resilienza avrebbe una doppia natura: di tratto e di processo (Richardson, 2002). Le persone non nascono resilienti, ma in presenza di avversità lo possono diventare come risultato della contrapposizione tra fattori di rischio (biologici, psicologici, ambientali, socio-economici, individuali, comunitari, familiari) e fattori di protezione [...] che possono essere considerati l'esatto opposto dei fattori di rischio e giocano un ruolo fondamentale nel contrastare gli effetti negativi delle circostanze di vita avverse, favorendo un adattamento positivo e potenziando la resilienza (McAllister, 2013). [...] È inoltre importante sottolineare però che c'è una sostanziale differenza tra l'essere forti nelle avversità e dimostrare di essere resilienti: essere forti significa semplicemente che si può sopportare e superare una situazione difficile, mentre essere resilienti significa capitalizzare quella forza con il vantaggio di imparare lezioni di vita durante le avversità. Questo consente a una persona di sperimentare le sfide future con nuove intuizioni (Moran, 2012).” (Zavaglio & Corniati, 2017). Oltre a ciò, se si pensa alle caratteristiche della resilienza, essa può essere considerata come avente alcuni tratti di altre due virtù di cui si è parlato nel corso di questo elaborato, che sono forza e pazienza, le quali sono anch'esse correlate e legate da alcuni tratti comuni. In particolare, della pazienza la resilienza possiede quella caratteristica che solo essa ha, che è quella di potersi immedesimare nel dolore dell'altro interiorizzandolo ed entrare così nella malattia, dunque, se come si diceva, la malattia, diventa il mondo, di accedere anche al mondo della persona di cui l'infermiere si sta prendendo cura. Oltre a questo, se si considera tutta la forza che ci voglia non solo per percepire, ma anche per affrontare il dolore dell'altro, non risulta poi complesso capire il perché pazienza e resilienza siano tanto legate tra loro. Per quanto riguarda la forza, come si diceva, anch'essa è correlata in qualche modo alla resilienza, infatti “Occorre prendere coscienza che la forza si mostri proprio di fronte agli insuccessi e alla sofferenza. Nelle situazioni facili la forza è di tutti e non riusciamo a capire se l'abbiamo o meno: essa, come la resilienza, si mette in gioco davanti alle difficoltà.” (Martini, 2010). Insieme a forza e pazienza, la resilienza sarebbe però correlata con un'altra virtù di cui si è parlato, che è l'integrità, o meglio, l'integrità morale, per questo essa da

resilienza, diviene resilienza morale, la quale “è stata definita come una fonte di inibizione per le azioni immorali e risulta necessaria per resistere a pressioni, sia interne sia esterne, quando si prendono decisioni di natura etica [...] infatti sebbene questa concezione di resilienza morale possa essere considerata idonea per tutte le decisioni di natura etica che toccano unicamente l’agente morale (cioè colui che implementa la decisione), non lo è negli altri casi, specialmente quando le decisioni prese da infermieri e infermiere interessano il destino dei loro pazienti. [...] Non essere in grado di mettere in atto azioni ritenute giuste dall’agente morale può potenzialmente portare a una situazione di distress morale e quindi alla perdita della propria integrità morale e [...]si potrebbe suggerire che al fine di mantenere la propria integrità morale sia necessario trovare una fonte d’inibizione per azioni ritenute sbagliate. Titus, seguendo un punto di vista ispirato dalla filosofia tomista, afferma che la resilienza morale è possibile unicamente se l’agente morale esercita la virtù della forza d’animo. Se dovessimo decidere di applicare la resilienza morale così come intesa da Titus, Oser e Reichenbach, e Oser et al., potremmo provocare conseguenze che danneggiano il paziente, e questo al fine di mantenere intatta la nostra integrità morale. Ciò non sarebbe compatibile con la pratica infermieristica.” (Sala Defilippis, Gallagher, & Curtis, 2016). Chi è allora l’infermiere resiliente e quali sono le sue caratteristiche? “In uno studio vengono identificate in modo chiaro e sono: forza, auto-efficacia, ottimismo, pazienza, tolleranza, fede, adattabilità, autostima e humor (Grafton et al., 2010). [...] Invece secondo Mealer et al. (2012), sarebbero da considerare anche: ottimismo, abilità di coping, relazioni interpersonali positive e flessibilità cognitiva. [...] Infine, nel 2015 vengono identificate le seguenti caratteristiche: pensiero positivo, flessibilità di pensiero, responsabilità e capacità di separazione della vita lavorativa dalla vita privata (Miyong e Winsor, 2015)”. (Zavaglio & Corniati, 2017). Al contrario, il “vizio” se così si può definire, essendo la resilienza morale considerata una virtù, “è rappresentato da rigidità e inflessibilità, ossia dalla mancanza di volontà di trovare un qualsivoglia compromesso. La rigidità implica che la persona sia profondamente convinta di sapere cosa sia giusto fare, e sia quindi intenzionata a portare a termine il proprio proposito senza tenere in considerazione le opinioni e i desideri delle altre persone coinvolte. In questo vizio, Johnstone ha individuato due problemi: il fanatismo morale e la noncuranza morale. Il primo si riferisce alla mancanza di volontà di riconoscere che

possiamo essere in errore e che il nostro punto di vista sia solo uno tra i molti possibili; il secondo si riferisce alla noncuranza dell'opinione altrui, che porta ad onorare unicamente i propri valori. Ovviamente entrambi i problemi possono portare a conseguenze gravi per i pazienti. Il difetto di resilienza morale è rappresentato dall'ignavia. Per ignavia intendiamo la mancanza di volontà di esprimere la propria opinione, assumendo i rischi che ciò comporta. Essa [...] comprende situazioni in cui l'agente morale riconosce la dimensione morale del problema, ma decide di non intervenire al fine di non esserne coinvolto.” (Sala Defilippis, Gallagher, & Curtis, 2016). A questo punto ci si potrebbe chiedere come la resilienza morale, essendo considerata una virtù, possa essere messa in atto, per evitare quella che “Johnstone definisce come situazione di disaccordo tra un paziente e l'infermiere o tra esso e un collega, ovvero come “disaccordo morale parziale radicale”, dove le parti sono in accordo solo su alcuni criteri rilevanti, il che rischierebbe come si diceva di compromettere l'integrità morale del professionista in quanto agente morale. [...] Infatti, partendo dal presupposto che la resilienza sia una disposizione, un tratto del carattere e una virtù, ma anche che le virtù stesse si riferiscano a tratti del carattere, si potrebbe pensare che tutti i tratti del carattere siano virtù, ma in realtà non è così. Infatti, per essere definito come virtù, un tratto del carattere deve essere visto come moralmente buono o eccellente. [...] Ma se decidiamo di considerare la virtù della resilienza morale come un tratto del carattere che ci permette di rimanere aperti a compromessi con noi stessi e con una data situazione (senza tuttavia compromettere la nostra integrità morale), allora possiamo dire che la virtù implica la facoltà di riprenderci nel caso di una concessione che ha portato ad un dissidio etico personale. A questo punto diventa possibile compiere anche quelle azioni che non si condividono completamente evitando di comprometersi a livello personale.” (Sala Defilippis, Gallagher, & Curtis, 2016). A questo proposito può risultare utile, l'uso della “*Phronesis*”, concetto di cui si è parlato molto approfonditamente in precedenza, la quale può, “non solo indicare agli infermieri quale sia la scelta migliore da fare di situazione in situazione, ma anche suggerire il limite oltre il quale rischiano di perdere la propria integrità morale danneggiando quindi loro stessi. [...] In questo modo, la resilienza morale, permetterà ai curanti di restare aperti a compromessi con loro stessi e con la situazione data, senza tuttavia portarli a comprometersi.” (Sala Defilippis, Gallagher, & Curtis, 2016). Si conclude allora,

questo capitolo sulla resilienza, trattando le principali metodologie utilizzate per implementarla. Esse sono molteplici, ma verranno citate solo le più importanti che sono: “la presenza di un counselor che tramite il debriefing stimoli la riflessione dopo eventi particolarmente stressanti, ma anche tenere in considerazione il ruolo dello spazio ambientale potrebbe essere utile, valutando la presenza di un luogo, all’interno dell’ambiente lavorativo che consenta agli infermieri di estraniarsi dalla routine per recuperare uno spazio di tranquillità e serenità. (Hilton 2004). Oltre ad esse viene proposta anche l’intuizione, definita come una chiara percezione di sé stessi e delle circostanze, la quale contribuisce allo sviluppo della riflessione e in ultimo si suggerisce l’utilizzo della mindfulness, che può essere definita come “una forma di ‘allenamento mentale’ che permette di partecipare alle esperienze senza essere coinvolti emotivamente” e attraverso cui i pensieri negativi, che a loro volta inducono comportamenti negativi, possono essere identificati dando spazio a nuove e creative vie di risposta positive (Fortney et al., 2013), per fare in modo che i pensieri positivi vengano potenziati.” (Zavaglio & Corniati, 2017).

VIRTU'	DESCRIZIONE
Compassione	Comunanza di dolore, un sentire con l'altro, ma anche son sé stessi. Alla base c'è l'ascolto del dolore proprio o di un'altra persona, che permette di affrontarlo e poi superarlo. Condivisione di solo dolore, al contrario dell'empatia che prevede anche la condivisone di emozioni positive. Spesso confuse.
Generosità	Sapersi porre nei confronti dell'altro secondo una logica donativa: l'azione di cura. La sua qualità più intensiva è nella sua essenza gratuita.
Fortezza	Secondo Rousseau è alla base di ogni virtù. Si esprime al meglio nel resistere, nel vivere la virtù cristiana della pazienza e non nell'aggressività dell'attacco. Forte è colui che conosce la propria fragilità e ne prende coscienza.
Pazienza	Indica la facoltà umana di rimandare la propria reazione alle avversità, mantenendo nei confronti dello stimolo un atteggiamento neutro e positivo. Consiste nell'accettare il dolore, le difficoltà, le avversità, con animo sereno e con tranquillità, controllando la propria emotività e perseverando nelle azioni.
Umiltà	Indica l'ammissione dei propri limiti, del proprio essere finiti e non invincibili ed è ciò che permette all'uomo di rifuggire la superbia, l'orgoglio, la sopraffazione e la prepotenza. È la capacità di riconoscere ed indagare la Verità su di sé.

Coraggio	È la forza originaria, necessaria per mettere in atto comportamenti virtuosi. È quello che serve di fronte alla negligenza e all'incuria. È fortemente legato alla giustizia.
Resilienza	È la capacità di resistere allo stress, in situazioni complesse o particolarmente dolorose e impegnative dal punto di vista umano. Secondo alcuni un tratto del carattere, innato. Secondo altri un processo dinamico in continua evoluzione.

Tabella 3. Le virtù infermieristiche

Conclusioni

In conclusione, sulla base delle ricerche eseguite, si può affermare che la virtù rappresenti uno, se non il più importante strumento che l'infermiere possa utilizzare nella sua pratica lavorativa. Essa lo guida e lo supporta in situazioni complesse e lo porta a prendere la decisione giusta sulla base dei propri valori e del buonsenso, in poche parole sulla base di una sua morale, che fa parte del suo bagaglio personale, fatto di conoscenza, di abilità di competenze e di capacità, ma anche di emozioni, di sentimenti, di convinzioni e di esperienza. La virtù, dal canto suo, è stato un argomento estremamente trattato ed approfondito negli anni, da moltissimi autori diversi e appartenenti a diverse correnti di pensiero, il cui tratto comune è di fatto ritenerla come qualcosa di essenzialmente positivo che ha la meravigliosa capacità non solo di rendere migliore chi la possiede, ma anche quella di concedere alla persona la possibilità di raggiungere la felicità data dal compiere una giusta azione, ma ancor di più una "buona" azione, che nasce dall'animo di colui che la fa. Essa secondo i vari filosofi che l'hanno approfondita, ha origini diverse: c'è stato qualcuno che ha detto che derivasse da una disposizione d'animo, o che fosse una caratteristica intrinsecamente presente nel carattere di una persona, altri hanno sostenuto che provenisse da una rigida impostazione dell'animo e che fosse quindi la risposta ad un "comando" che spingesse ad agire in un determinato modo o ancora che rappresentasse qualcosa che potesse essere acquisito tramite la conoscenza e l'educazione. Considerando invece l'opinione

di altri autori essa si sarebbe potuta acquisire solo in età matura poiché strettamente legata alla conoscenza e all'esperienza, mentre in altri casi è stata designata come necessitante di un ferreo esercizio quotidiano per potersi dispiegare in tutta la sua efficacia. In questo caso la virtù nasce da uno sforzo che il soggetto deve compiere per poter arrivare a possederla e sentirsi finalmente bene con sé stesso, certo di aver fatto ciò che di meglio in quella specifica situazione si potesse fare. Arrivati a questo punto e alla luce delle considerazioni fatte nel corso dell'elaborato, supportate da numerosi studi in materia, si può affermare, nonostante la molteplicità di fattori che portino poi l'uomo ad essere virtuoso, che la virtù sia il risultato di tutta una serie di componenti, per cui non sussisterebbe in assenza dell'una o dell'altra, dunque è vero si che è da attribuire maggiormente ad una disposizione d'animo personale, ma è vero anche che forse non potrebbe dirsi di possederla davvero pienamente senza che ci sia dietro un esercizio compiuto dal soggetto, il quale messo alla prova in circostanze più o meno complesse si trova a doversi impegnare per mettere in atto il comportamento più adatto ad esse. La virtù funge così sia da stimolo per il professionista, ad essere migliore, sia da deterrente, per evitare che egli commetta azioni sconsiderate, ove l'aggettivo in questo caso, deve essere inteso proprio secondo la sua etimologia, stando ad indicare l'agire senza riflettere, senza pensare. È la virtù stessa, infatti, che in teoria dovrebbe allontanare dal suo opposto che è il vizio, l'errore dato essenzialmente da una mancanza di equilibrio tra l'uno e l'altro estremo, come sosteneva Aristotele. La chiave sarebbe quindi quella che i latini chiamavano "aurea mediocritas", che non è traducibile ovviamente con lo stesso significato che si attribuisce in italiano alla parola mediocrità, bensì essa indica un equilibrio tra il tutto e nulla, l'eccesso e il difetto, rappresentando in poche parole la perfezione e generando in chi la sperimenta una profonda armonia, quella che appunto Aristotele chiamava "eudaimonia" e oltre a ciò permette a chi la possiede, di sviluppare un profondo senso di sé. Oltre alla virtù quindi ci vogliono impegno, costanza, ma soprattutto fiducia, in sé stessi e nella persona che si ha in cura, la quale con un importante atto di fede si affida si confida e soprattutto si fida dell'infermiere e della sua professionalità. Ci vogliono empatia e coraggio, gentilezza e compassione, così come sono fondamentali comprensione e affidabilità, passione e tenacia. Tutto questo è quindi ciò che rende un professionista completo. Tutto questo è ciò che rende un professionista, prima di tutto, un uomo.

Si chiude quindi questo elaborato, con quello che potrebbe però essere definito un “finale aperto”, cioè si lascia la possibilità di effettuare altri approfondimenti sul tema delle virtù applicate alla pratica infermieristica, ponendo ulteriori quesiti che non ci si è posti durante la stesura dello studio, né, a cui, di conseguenza, sia stata data risposta, ovvero, si lascia aperta la questione che riguarda il possesso delle cosiddette virtù teologali, ma in particolare il loro utilizzo. Ossia, postulando anche eventualmente, la possibilità di far entrare l’uso delle virtù tradizionali nella pratica quotidiana professionale (e non), in questo caso nella pratica infermieristica, ci si chiede come regolarsi invece con quelle religiose e soprattutto se esse siano davvero raggiungibili dall’uomo o se invece rappresentino per egli un grado di perfezione eccessivamente elevato, che le renda inarrivabili. Ci si domanda dunque cosa sperare a riguardo, ma forse ancor di più e ancor meglio si potrebbe dire, che il vero interrogativo stia non tanto nel chiedersi cosa, sperare, ma più che altro, se, sperare, ovvero se si possa sperare, con l’esercizio e con la pratica, con il sacrificio e lo sforzo quotidiani, di poterle così finalmente portare a far parte della propria essenza, riuscendo così a sentirsi ormai di non necessitare più di nulla, ma in particolare di essere totalmente completi, senza che ci sia più a quel punto, davvero più nient’altro da aggiungere, da ricercare, ma soprattutto, da sperare.

Bibliografia

- Alighieri, D. (1321). *La Divina Commedia*. Roma: Gruppo Editoriale L'Espresso, 2002
- Aristotele (IV sec. a.C). *Etica nicomachea*. Ed. it Roma: Casa Editrice Laterza, 2005
- Aristotele (IV sec. a.C). *Politica*. Ed. it Roma: Casa Editrice Laterza, 2007
- Arries E. (2005). *Virtue ethics: an approach to moral dilemmas in nursing*. *Curationis*, 28(3), 64–72. <https://doi.org/10.4102/curationis.v28i3.990>
- Bliss, S. & Baltzly, D. & Bull, R. & Dalton, L & Jones, J. (2017, Febbraio 28). *A role for virtue in unifying the 'knowledge' and 'caring' discourses in nursing theory*. Tratto da <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nin.12191>
- Del Debbio, D. (2014). *Correlazione tra resilienza e benessere soggettivo: ricerca su un campione di infermieri della asl2 di Lucca*. Tratto da core.ac.uk: <https://core.ac.uk/download/pdf/79619223.pdf>
- Devoto, G. e Oli, G. (2010). *Dizionario della lingua italiana*. Firenze: Casa Editrice Le Monnier
- Di Lernia, F. (2008). *Ho perso le parole- Potere e dominio nelle pratiche di cura*. Bari: Casa Editrice La Meridiana
- Di Martino, C. (2010), *Ma misi me per l'alto mare aperto*. Ravenna: Casa Editrice Itaca

- Eterno, V. (2021). *Il potere segreto dell'umiltà*. Tratto da esplorativamente.com: <https://www.esplorativamente.com/crescita-personale/il-potere-segreto-umilta/>
- Flamigni, C. (2019). *Sul codice deontologico delle professioni*. Tratto da adiscuola.it: <http://adiscuola.it/Pubblicazioni/CodeEtic/flamrel.htm>
- Foot, P. (2002). *Virtù e vizi*. Bologna: casa Editrice Il mulino
- Gamba, E. (2019). *Compassione, il segno di una mente in espansione*. Tratto da drenricogamba.org: <https://www.enricogamba.org/psicologo-milano-blog/compassione-il-segno-di-una-mente-in-espansione>
- Hadot, P. (1995). *Che cos'è la filosofia antica*. Ed. it Torino: Casa editrice Einaudi, 2010
- Hegel, G.W.F (1807). *La fenomenologia dello spirito*. Torino: Casa Editrice Einaudi, 2008
- Hume, D. (1739). *Trattato sulla natura umana*. Ed. it. Milano: Casa Editrice Rizzoli, 2001
- Kant, I. (1797). *Metafisica dei costumi*. Roma: Casa Editrice Laterza, 1996
- Kierkegaard, S. (1843), *Timore e tremore*. Ed. it. Milano, Casa Editrice Rizzoli, 1972
- Levati, W. & Saraò, M.V (2004). *Il modello delle competenze*. Milano: Franco Angeli Editore
- Limardi, S. & Alvaro, R. & Rocco, G. & Stievano, A. & De Marinis, M.G. (2020). *Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico*. Tratto da researchgate.net: <https://www.researchgate.net/publication/342746563> Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico
- Manara, D. (2002, Gennaio). *Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica*. Tratto da ResearchGate.net: <https://www.researchgate.net/publication/273769788> Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica L'assistenza come saggezza pratica
- Mandeville, B. (1705). *La favola delle api: Vizi privati e pubbliche virtù*. Ed. it. Italia: Rizzoli Libri, 2012
- Mangiacavalli, B., Pulimeno, A. M., Mazzoleni, B., Cicolini, G., Cicia, C., Draoli, N., & Vallicella, F. (2019, Aprile 12-13). *Codice Deontologico delle professioni infermieristiche*. Tratto da [fnopi.it: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico%202019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico%202019.pdf)
- Marcel, G. (1927). *Journal Metaphysique*. Parigi: Casa Editrice Gallimard. Trad. it. di F. Spirito a cura di P. Prini, *Giornale metafisico*, Abete, Roma, 1966

- Marconcini, S. & Ercolani, M. (2016, Maggio 25). *I modelli Teorici di riferimento e i linguaggi standardizzati, quali utilizzare*. Tratto da Scienze Infermieristiche: <https://www.scienzeinfermieristiche.net/i-modelli-teorici-di-riferimento-e-i-linguaggi-standardizzati-quali-utilizzare-7/>
- Martini, C. M (2010). *Le virtù*. Milano: Casa Editrice In dialogo
- Mercuri, M. (2018). *La cura di sé come cura della esperienza della cura*. Tratto da Università politecnica delle Marche: <http://letteredallafacolta.univpm.it>
- Mordacci, R. (2003). *Una introduzione alle teorie morali*. Confronto con la bioetica. Milano: Casa Editrice Feltrinelli
- Mortari, L., & Valbusa, F. (2020). Cura e virtù: una filosofia dell'educazione all'etica. Studi Sulla Formazione/Open Journal of Education, 23(1), 301-318. <https://doi.org/10.13128/ssf-10915>
- Pescatori, E. (2016). *Le competenze essenziali in ambito sanitario: definizione di un modello di riferimento*. Tratto da Docplayer.it: <https://docplayer.it/12224010-Competenza-infermieristico-le-competenze-essenziali-in-ambito-sanitario-definizione-di-un-modello-di-riferimento-di-enzo-pescatori-1.html>
- Pianigiani, O. (1907). *Vocabolario etimologico della lingua italiana*. Roma: Società editrice Dante Alighieri
- Reich, W.T. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. N.Y.: The Free Press
- Ricciardi, M. (2001). *Le virtù prima di MacIntyre*. Tratto da core.ac.uk: <https://core.ac.uk/download/pdf/187882677.pdf>
- Sala De Filippis, T. & Gallagher A. & Curtis, K. (2016). *Felicità, eudaimonia e resilienza morale*. Tratto da supsi.ch: <https://www2.supsi.ch/cms/iride/iride-1-settembre-2016/>
- Schiller, F. (1793). *Grazia e dignità*. Ed. it Milano: Casa Editrice SE, 2010
- Sinnot- Armstrong, W. (2003, Maggio 20). *Consequentialism, in the Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Tratto da Plato.edu: <https://plato.stanford.edu/entries/consequentialism/>
- Treccani (2017). *Dizionario della lingua italiana*. Milano: Casa Editrice Giunti

Zavaglio, A. & Corniati, I. (2017). *La resilienza nella professione infermieristica: strategie per potenziarla*. Tratta da L'infermiereonline.org:
<https://www.infermiereonline.org/2017/11/09/la-resilienza-nella-professione-infermieristica-strategie-per-potenziarla/>